

Здесь последовательно представлены вопросы по специальности "Ревматология".

Сперва идёт первая категория, потом вторая, потом высшая. Сделано это для быстрого поиска нужного вам вопроса и ответа.

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/revmatolog/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Ревматология» (2100 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/revmatologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Травматология и ортопедия» (2600 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/travmatologiya/>

Препарат выбора для лечения острого А-стрептококкового тонзиллита:

Ципрофлоксацин

Ко-тримоксазол

Амоксициллин

Хлорамфенкол

Сульфадиметоксин

Наиболее частым возбудителем инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов является:

Бета-гемолитический стрептококк

Золотистый стафилококк

Эпидермальный стафилококк

Энтерококк

Зеленящий стрептококк

Возможное осложнение терапии ингибиторами ФНО-альфа:

Сибирская язва

Ботулизм

Корь

Туберкулёз

Все перечисленное верно

Какое внесердечное проявление инфекционного эндокардита встречается чаще других?

Гломерулонефрит
Поражение опорно-двигательного аппарата
Плеврит
Васкулит
Энцефалит

В малые диагностические Duke-критерии инфекционного эндокардита входит:

Плеврит
Спленомегалия
Поражение опорно-двигательного аппарата
Гломерулонефрит
Перикардит

Для лечения инфекций у больных системной красной волчанкой не рекомендуется применять следующие антибактериальные препараты:

Цефалоспорины
Гликопептиды
Пенициллины
Фторхинолоны
Макролиды

Для болезни Уиппла характерно:

Все перечисленное
Лихорадка
Артралгии
Боли в животе
Лимфаденопатия

На прием обратился пациент с жалобами на множественные распространенные умеренно болезненные красные узлы на голенях и предплечьях, лихорадку, озноб и артрит голеностопных суставов. Укажите лабораторный маркер, необходимый для оценки в первую очередь:

АЦЦП
СРБ
ds ДНК
АНФ-Нер2
RNP-70

К лобулярному панникулиту относят:

поверхностный мигрирующий тромбофлебит
узловатую эритему
узелковый васкулит
узелковый полиартрит

эозинофильный гранулематоз

Первичный синдром Рейно характеризуется:

Наличием антинуклеарного фактора
Изменениями капилляров при капилляроскопии
Дебютом в возрасте старше 40 лет
Семейной агрегацией
Снижением кровотока в лучевых артериях

При склеродермическом поражении пищевода выявляется:

Рефлюкс-эзофагит
Дилатация пищевода
Все перечисленное
Стриктура пищевода
Эрозии слизистой

На электрокардиограмме больных системной склеродермией наиболее часто выявляется:

Нарушение внутрижелудочковой проводимости
Снижение вольтажа зубца R
Удлинение интервала P-Q
Конкордантное смещение сегмента S-T
Смещение электрической оси сердца вправо

Интерстициальный фиброз легких при системной склеродермии начинается с:

Прикорневых отделов
Одновременно во всех отделах легких
Верхушечных сегментов
Базальных отделов
Все перечисленное

Помимо системной склеродермии, склеродактилия может развиваться при:

Диффузном эозинофильном фасциите
Смешанном заболевании соединительной ткани
Распространенной бляшечной склеродермии
Гипотиреозе
Склеродерме Бушке

Предикторы развития почечного криза у больных системной склеродермией:

Наличие анти-Scl-70 антител
Кожный счет более 14
Все перечисленное
Высокие дозы глюкокортикоидов
Легочный фиброз

Какая из нижеприведенных причин не связана со снижением приверженности к лечению РЗ у больных с ПР (психическими расстройствами)?

- А. Потеря надежды на выздоровление, веры в пользу и эффективность лечения
- В. Нарушения сна
- Б. Социальная изоляция и ограничение контактов с врачом
- Г. Когнитивные нарушения
- Д. Суицидальное поведение

Какое утверждение о роли хронических стрессовых факторов при ревматических заболеваниях не верно?

- В. Провоцируют психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями
- А. Возникают в связи с тяжелым соматическим заболеванием
- Д. Ассоциируются с развитием тревожных расстройств при РЗ
- Б. Провоцируют ревматические заболевания и их обострение
- Г. Ассоциируются с рентгенологическим прогрессированием при РА

Для умеренного когнитивного расстройства не характерно:

- Нарушение мышления (вкл. абстрагирование, затруднение решения задач)
- Нарушение речи (вкл. сужение, поиск слов)
- Нарушение непосредственной или отдаленной памяти
- Нарушение ориентации во времени и пространстве
- Нарушение концентрации внимания

Выбор антидепрессанта для лечения депрессивного расстройства при ревматическом заболевании определяет все, кроме:

- Типа аффективности
- Характера сопутствующих заболеваний и терапии
- Характера депрессии (преобладание симптомов тоски, тревоги, апатии)
- Предпочтения пациента
- Характера возможных нежелательных эффектов антидепрессанта

Мужчина 28 лет. Болен ревматоидным артритом с 25 лет. В возрасте 3 лет пережил развод родителей. В возрасте 20 лет - разрыв с любимой девушкой. Последние 3 месяца отмечает отсутствие интересов, угнетение настроения и нежелание что-либо делать, безразличие к окружающим, потерю уверенности в себе, физическую слабость и потерю энергии, нарушение памяти, концентрации внимания, плохой аппетит. Подобная симптоматика отмечалась ранее, в возрасте 21 и 23 года, длилась около 6 месяцев. Какое из нижеперечисленных психических расстройств представляется Вам наиболее верным?

- Единичный депрессивный эпизод
- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод
- Дистимия
- Генерализованное тревожное расстройство
- Расстройство адаптации

У пациентки 26 лет с обострением системной красной волчанки, проявляющимся генерализованными эритематозными высыпаниями на коже туловища, лица и верхних конечностей, язвенным стоматитом, экссудативным двусторонним плевритом, лихорадкой, лейкопенией и высокими уровнями антител к дс-ДНК на 3-день поступления в стационар и увеличения дозы принимаемого метилпреднизолона с 4 мг/сут до 32 мг/сут появилось возбуждение, эмоциональная лабильность, несвязная речь, жалобы на то, что за ней следят и хотят убить, пациентка не понимает, что находится в больнице, боится соседок по палате. Наиболее вероятный диагноз:

- Паническое расстройство
- Генерализованное тревожное расстройство
- Острый
- Острый психоз на фоне высокой активности СКВ
- Обсессивно-компульсивное расстройство

Наиболее специфичные морфологические изменения в биоптатах слюнных и слёзных желёз, характерные для болезни/синдрома Шегрена:

- Лимфогистиоцитарная инфильтрация
- Лимфоэпителиальное поражение
- Лимфоидная инфильтрация
- Плазматическая инфильтрация
- Гранулематозные изменения

При болезни Шегрена наиболее часто встречается следующий тип свечения АНФ:

- АНФ антицентромерного свечения
- АНФ гомогенного типа свечения
- АНФ крапчатого типа свечения
- АНФ гомогенного+крапчатого свечения
- АНФ нуклеолярного типа свечения

Развитию ревматологических заболеваний часто предшествует следующий вид лимфом:

- Болезнь Ходжкина
- В-крупноклеточные лимфомы
- Плазматические дискразии (миелома, макроглобулинемия Вальденстрема)
- Лимфомы маргинальной зоны
- Т-клеточные лимфомы

У пациента через полтора года после пересадки почки развился острый артрит 1-го плюснефалангового сустава. Триггером подагры, наиболее вероятно, является:

- Преднизолон
- Мофетил микофеналат
- Азатиоприн
- Циклоспорин А

Нормодипин

Проведение медикаментозной коррекции гиперурикемии рекомендуется при следующем заболевании:

Псориатический артрит
Хронический миелолейкоз
Хроническая болезнь почек ≥ 3 ст
Артериальная гипертония
Сахарный диабет 2 типа

Для подавления острого подагрического артрита возможно назначение короткого курса глюкокортикоидов. Выберите оптимальную суточную дозу преднизолона:

30-40 мг
5-10 мг
15-20 мг
20-25 мг
40-60 мг

У пациента 32 лет с наличием ожирения, артериальной гипертонии, имеющего отягощенную наследственность по подагре, неоднократно при обследовании выявляется повышение сывороточного уровня мочевой кислоты до 480 мкмоль/л, приступов артрита никогда не было. Рекомендация пациенту:

Прием аллопуринола короткими курсами
Лечебное голодание
Прием аллопуринола пожизненно
Диета с ограничением пуринов, повышение физической активности
Назначение аллопуринола при повышении сывороточного мочевой кислоты >540 мкмоль/л

Целевой уровень мочевой кислоты у пациента с подагрой следует поддерживать:

До полного стихания обострения артрита
3 года
1 год
Пожизненно
6 месяцев

Для купирования острого артрита при подагре, в случае неэффективности колхицина и нестероидных противовоспалительных препаратов, рекомендован:

Канакинумаб
Ритуксимаб
Устекинумаб
Тоцилизумаб
Инфликсимаб

Какой минимальный сывороточный уровень мочевой кислоты не рекомендуется

длительно поддерживать у пациента с подагрой:

320 мкмоль/л

300 мкмоль/л

360 мкмоль/л

180 мкмоль/л

280 мкмоль/л

Максимально допустимая суточная доза аллопуринола:

700 мг

300 мг

900 мг

500 мг

1200 мг

Для ранней диагностики подагры наиболее информативен следующий метод лучевой диагностики:

Ультрасонография

Рентгенография

Магнитно-резонансная томография

Компьютерная томография

Сцинтиграфия

Неверное утверждение в отношении тоцилизумаба:

Структура инфекционных осложнений отличается от таковой при лечении иФНО-альфа

Повышение риска развития инфекции

Вероятно развитие туберкулеза

Стертость клинической симптоматики инфекции

Все перечисленное неверно

Пациентам с ревматоидным артритом, получающим терапию генно-инженерными биологическими препаратами, показана вакцинация:

Против бешенства

Против пневмококковой инфекции

Против краснухи

Против эпидемического паротита

Все перечисленное верно

Ключевой цитокин в развитии идиопатического панникулита Вебера-Крисчена:

ИЛ-6

ИЛ-1

ИЛ-2

α -ФНО

гамма-интерферон

Синдром Рейно ассоциируется с:

Системной склеродермией
Всем перечисленным
Вибрационной болезнью
Табакокурением
Химиотерапией опухолей

Синдром мальабсорбции при системной склеродермии развивается вследствие:

Появления псевдодивертикулов
Снижения экзокринной функции поджелудочной железы
Гипокинезии кишечника
Дискинезии желчевыводящих путей
Всего перечисленного

При поражении клапанов сердца у пациентов с антифосфолипидным синдромом наиболее часто наблюдается следующая патология:

Различия артериального давления на конечностях
Аневризмы венечных артерий
Позитивная гемокультура
Наличие митрального стеноза
Все перечисленное верно

Для кальцинированного аортального стеноза характерно:

Узловатая эритема
Молодой возраст больного
Эмболические феномены
Ревматический анамнез
Все вышеперечисленное

Утверждение, не соответствующее истине:

Высокие титры АСЛ-О являются показателем текущего ревматического кардита
Наличие ревматоидного фактора при инфекционном эндокардите
Отсутствие вальвулита при нейроциркуляторной дистонии
Ревматическая этиология пролапса митрального клапана
Тромбоэмболии при миксоте левого предсердия

Основная причина негативной гемокультуры при инфекционном эндокардите:

Предшествующая антибактериальная терапия
Несоблюдение правил взятия и транспортировки проб крови
Неадекватная микробиологическая техника
Особенности возбудителя
Длительность заболевания

Клинические варианты дебюта болезни Бехтерева:

Всё вышеперечисленное

Постепенное нарастание воспалительной боли в нижней части спины
Боли и припухлость по ходу сухожилий стоп и артрит мелких суставов стоп
Моноартрит крупного сустава нижней конечности с признаками хронического неспецифического синовита
Артрит грудинно-ключичных сочленений или плечевого сустава с полной ремиссией

Постоянные боли в кистях у женщин молодого возраста, сопровождающиеся наличием синовита без признаков артрита. Наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит
Гипермобильный синдром
Болезнь Бехтерева
Кристаллический артрит
Всё вышперечисленное

Пациента беспокоят боли в коленном суставе после травмы (падение с высоты собственного роста). Костных повреждений на рентгенограмме не найдено. Для уточнения диагноза необходимо выполнить:

Компьютерную томографию
Всё вышперечисленное
Магнито-резонансную томографию
Лечебно-диагностическую артроскопию
Контрастную ангиографию

Синдром «гусиной лапки» - это:

Тенобурсит полуперепончатой, полусухожильной, нежной мышц
Бурсит медиальной области коленного сустава
Тендинит полуперепончатой, полусухожильной, нежной мышц
Тендинит полуперепончатой, полусухожильной мышц
Ничего из вышперечисленного

При остеоартрите коленного сустава применение консервативных методов терапии целесообразно в случае:

Вальгусной установки
Любой стадии
1 и 2 стадии
2 и 3 стадии с варусной установкой
Пателло-фemorальном остеоартрите

Наиболее эффективный вариант ведения пациента с остеоартритом коленного сустава:

Назначение хондропротекторов
Всё вышеназванное, плюс упражнения на укрепление квадрицепса
Хондропротекторы в сочетании с разгрузкой сустава
Всё вышеназванное, плюс исключение повреждения внутренних структур
Всё вышеназванное, плюс снижение веса при его превышении

Врожденная дисплазия соединительной ткани проявляется:

- Гипермобильностью суставов
- Миопатией
- Фибромиалгией
- Все вышеперечисленное
- Ничего из вышеперечисленного

Больным дисплазией соединительной ткани рекомендован следующий вид спорта:

- Прыжки в воду
- Все запрещены
- Плавание
- Бег на длинную дистанцию
- Футбол

Пациент с жалобами, характерными для неврита срединного нерва. К каким специалистам необходимо направить больного?

- Г. 1),2),3) + неврологу
- А. Травматологу-ортопеду
- Б. Ревматологу
- В. Терапевту
- Д. Ни к одному из вышеперечисленных

Пациент с жалобами на постоянные боли в области коленного сустава. В анамнезе неоднократные травмы. Методами рентгенографии, магнито-резонансной томографии патологии не обнаружено. Пальпация сустава болезненна в проекции передней и задней медиальной суставной щели, положительный симптом щелчка. Лечебно-диагностическая артроскопия:

- Желательна
- Нежелательна
- Не целесообразна
- Обязательна
- Противопоказана

Профилактические мероприятия в отношении развития остеохондроза позвоночника у взрослого населения, входящие в компетенцию врача-ревматолога:

- обнаружение врождённых патологий позвоночника и их устранение
- выявление врождённых деформаций тазобедренных суставов и их устранение
- профилактические мероприятия с самого раннего возраста
- Ответы А, Б
- Ответы А, В

Значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена обусловлено:

Аутоиммунной тромбоцитопенией
Пневмонией
Полинейропатией
Опухолью желудка
Интерстициальным поражением легких

При болезни Шёгрена наиболее часто встречается:

Железодефицитная анемия
Анемия хронического воспаления
Апластическая анемия
Пернициозная анемия
Гемолитическая анемия

При болезни Шёгрена наиболее часто встречается:

Высокий уровень креатинина
Повышение уровня трансаминаз
Гипергаммаглобулинемия
Повышение уровня мочевой кислоты
Низкий уровень железа

У мужчины 72 лет внезапно развился артрит правого коленного сустава, отмечено повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При осмотре выявлена припухлость сустава, повышение локальной температуры, боли при движении. При лабораторном исследовании выявлен лейкоцитоз $12.6 \times 10^9/\text{л}$, при рентгенологическом исследовании – сужение суставной щели и признаки кальцификации суставного хряща. Наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит
Псориатический артрит
Подагрический артрит
Псевдоподагра
Септический артрит

У женщины 25 лет с диагнозом СКВ развился нефротический синдром. При биопсии почек обнаружен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (класс IV WHO). Какая схема терапии может быть наиболее эффективна у пациентки?

Б. Монотерапия азатиоприном
Е. Комбинированная терапия преднизолоном и циклофосфамидом
В. Монотерапия преднизолоном
Г. Комбинированная терапия преднизолоном и азатиоприном
Д. Комбинированная терапия преднизолоном и метотрексатом

Оцените целесообразность диагностики боррелиозной инфекции (иммуноферментный метод, Вестерн блотт) у пациентов с распространенными болями в суставах, миалгией, симптомами фибромиалгии:
целесообразно

не целесообразно

Выбор ритуксимаба в качестве «первого» генно-инженерного биологического препарата у пациентов с недостаточной эффективностью монотерапии метотрексатом обусловлен:

Развитием синдрома Шегрена

Противопоказаниями для назначения ингибиторов ФНО- α

Всем, перечисленные выше

Серопозитивностью по ревматоидному фактору

Развитием ревматоидного васкулита

Монотерапия генно-инженерными биологическими препаратами существенно превосходит по эффективности монотерапию метотрексатом

нет

да

К официальным показаниям для назначения ингибиторов ФНО- α не относится:

Спондилоартриты

Псориатический артрит

Ревматоидный артрит

Системная красная волчанка

Ювенильный идиопатический артрит

Препятствием для комбинированной терапии двумя генно-инженерными биологическими препаратами является:

Недостаточная эффективность

Высокая стоимость терапии

Все, перечисленные выше

Нарастание частоты нежелательных явлений

При оценке эффективности терапии генно-инженерными биологическими препаратами у пациентов с ревматоидным артритом в первую очередь оценивают динамику:

Стандартизованных индексов активности ревматоидного артрита

Концентрации С-реактивного белка

Концентрации ревматоидного фактора

Концентрации гемоглобина

Длительности утренней скованности

Эффективность терапии ингибиторами ФНО- α может быть снижена вследствие:

Истощения

Курения

Лихорадки

Умеренного употребления алкоголя

Ожирения

Оцените целесообразность выполнения магнито-резонансной томографии периферических суставов у недавно заболевших пациентов, у которых нельзя исключить дебют ревматоидного артрита:

целесообразно

не целесообразно

Оцените целесообразность назначения генно-инженерных биологических препаратов пациентам с ранним ревматоидным артритом, не получавшим адекватную терапию метотрексатом:

целесообразно

не целесообразно

Рекомендуемая частота выполнения оценки минеральной плотности костной ткани (рентгеновская денситометрия) у пациента с первичным остеопорозом на фоне проведения антиостеопоретической терапии:

Каждые 2 года

Каждые 6 месяцев

Каждый год

Каждые 3 года

Каждые 5 лет

У женщины 45 лет развились распространенные боли во многих суставах, нарушение памяти, недавно перенесла спонтанный аборт. При исследовании сыворотки обнаружено умеренное увеличение титра ревматоидного фактора. При осмотре обращено внимание на умеренно выраженное ожирение, ограничение подвижности суставов при движении, стертый феномен Рейно. Признаков синовита не обнаружено. Для верификации диагноза необходимо:

Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду

Ультразвуковое исследование суставов

Определение антител Jo-1

Антимитохондриальные антитела

Определение антинуклеарного фактора

К блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов относится:

Этанерцепт

Тофацитиниб

Ритуксимаб

Абатацепт

Согласно классификации Ассоциации ревматологов России, к числу осложнений ревматоидного артрита не относится:

Синдром Шегрена

Остеонекроз

Атеросклероз

Системный остеопороз

При вычислении индекса SDAI используются:

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в см по ВАШ, СРБ в г/л

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в см по ВАШ, СРБ в мг/дл

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СРБ в г/л

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, боль в мм по ВАШ, СРБ в мг/дл

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СРБ в мг/дл

Для спорадического миозита с включениями НЕ ХАРАКТЕРНО:

Развитие дисфагии

Поражение мышц сгибателей пальцев кистей

Раннее вовлечение четырехглавых мышц бедер

Развитие хорошего эффекта от приема высоких доз глюкокортикоидов

Медленное развитие мышечной слабости

Для паранеопластического дерматомиозита/полимиозита ХАРАКТЕРНО:

Наличие антисинтетазных антител

Преобладание полимиозита

Ассоциирование со злокачественным новообразованием

Сочетание с интерстициальным поражением легких

Отсутствие эффекта от приема глюкокортикоидов

Для лечения интерстициального поражения легких при антисинтетазном синдроме НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО применять:

Высокие дозы глюкокортикоидов внутрь + метотрексат

Циклофосфамид

Микофенолата мофетил

Ритуксимаб

Для стероидной миопатии не характерно:

Раннее и преимущественное поражение мышц нижних конечностей и туловища

Выраженная слабость мышц верхних конечностей

У чувствительных к глюкокортикоидам лиц может развиваться через 3-4 недели от начала приема глюкокортикоидов

Медленно регрессирует на фоне снижения дозы глюкокортикоидов
Нормальные цифры креатинфосфокиназы

Пациентка 56 лет с полимиозитом, получает преднизолон в дозе 1 мг на кг массы тела с хорошим клиническим эффектом (нарастает мышечная сила, восстановилось глотание, нормализовался уровень КФК, уменьшилась выраженность спонтанной активности по иЭМГ). Однако через 2 месяца от начала лечения нарастает мышечная слабость в ногах и туловище. В данной клинической ситуации следует:

Провести пульс терапию метилпреднизолоном по 1000мг №3

Предположить обострение дерматомиозита и увеличить дозу преднизолона

Предположить развитие стероидной миопатии и продолжить снижение дозы преднизолона

Провести биопсию мышцы

Предположить развитие миастении

Цель уратснижающей терапии у пациента с редкими приступами артрита, бестофусной формой подагры, отсутствием сопутствующих заболеваний:

< 420 мкмоль/л у мужчин, < 460 мкмоль/л у женщин

< 360 мкмоль/л у мужчин и женщин

< 360 мкмоль/л у мужчин, < 420 мкмоль/л у женщин

< 320 мкмоль/л у мужчин, < 360 мкмоль/л у женщин

Первичное обследование больных перед назначением терапии генно-инженерными биологическими препаратами включает:

Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях

Анамнез, жалобы

Все выше перечисленное

Клиническое исследование

Туберкулинодиагностика

Для диагностики латентной туберкулезной инфекции выполняется:

Все выше перечисленное

Проба Манту

ДИАСКИНТЕСТ© (Россия)

QuantiFERON®-TB Gold IT

T-SPOT.TB

Об отрицательном результате пробы Манту свидетельствует следующий размер папулы:

5-9 мм

0-4 мм

10-14 мм

15-16 мм

17-21 мм

При положительном результате пробы Манту целесообразно:

Начать лечение генно-инженерными биологическими препаратами
Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB
Никогда не назначать генно-инженерные биологические препараты
Провести повторно пробу Манту

При появлении положительной пробы Манту или ее нарастании (переход из слабо положительной в выраженную или гиперергическую) на фоне лечения генно-инженерными биологическими препаратами целесообразно:

Продолжить терапию генно-инженерным биологическим препаратом в прежнем режиме
Отменить генно-инженерный биологический препарат
Провести Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB
Уменьшить дозу получаемого генно-инженерного биологического препарата

Пациенту с ревматоидным артритом проводилась терапия инфликсимабом вместе с метотрексатом с хорошим эффектом. Через 6 мес. при плановом обследовании впервые была выявлена положительная проба Манту. Ваши действия:

Начать прием другого базисного противовоспалительного препарата
Отменить метотрексат
Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB
Уменьшить дозу метотрексата
Провести повторную пробу Манту

У пациентки с ревматоидным артритом, вторичным амилоидозом, проживающей в эндемичном по туберкулезу регионе, в связи с выраженным обострением принято решение впервые начать лечение генно-инженерными биологическими препаратами. При обследовании, данных за активный туберкулез и латентную инфекцию нет. Наиболее предпочтительный препарат:

Тоцилизумаб
Ингибиторы ФНО- α
Ритуксимаб
Абатацепт

Нестероидные противовоспалительные препараты способны оказывать следующие фармакологические эффекты, за исключением:

Селективная активация потенциалнезависимых калиевых каналов
Блокада циклооксигеназы-2 и снижение синтеза простагландинов в области поражения
Подавление экспрессии м-РНК циклооксигеназы-2
Снижение активации периферических ноцицепторов
Ускорение апоптоза и снижение неоангиогенеза

Нестероидные противовоспалительные препараты малоэффективны в следующей ситуации:

При лечении фибромиалгии

Для контроля боли при остеоартрите и неспецифической боли нижней части спины

При купировании острой почечной колики

Для лечения головной боли напряжения и мигрени

При лечении локального ревматического воспаления околоуставных мягких тканей

Нежелательная реакция, не характерная для терапии нестероидными противовоспалительными препаратами:

Обострение воспалительных заболеваний кишечника

Повышение риска сосудистых тромбозов

Формирование привыкания и абстинентный синдром

Миелотоксические реакции

Острая почечная недостаточность

Безопасен для использования у больной ревматоидным артритом и хроническим гепатитом С:

Нимесулид

Кеторолак

Диклофенак

Мелоксикам

Ибупрофен

Относительно большая гастробезопасность целекоксиба в сравнении с комбинацией диклофенак+ингибитор протонной помпы объясняется тем, что:

Целекоксиб обладает собственным гастропротективным потенциалом

Коксибы реже вызывают диспепсию, чем комбинация Н-НПВП и ИПП

Применение ИПП не снижает риск кровотечения из верхних отделов ЖКТ

ИПП не снижают риск развития НПВП-энтеропатии, поэтому комбинация

диклофенака и ИПП чаще вызывает поражение дистальных отделов ЖКТ

Диклофенак имеет наиболее высокий риск ЖКТ-осложнений среди всех НПВП

Какая нежелательная реакция не характерна для ИПП, используемых для профилактики НПВП-гастропатии?

Усиление симптоматики ГЭРБ

Повышение риска развития кишечных инфекций

Снижение эффективности клопидогрела

Ускорение развития остеопороза

Повышение токсичности метотрексата

Пациентка 35 лет заболела 3 месяца назад. Дебют болезни с симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, фебрильной лихорадки до 38.6. Через 1,5 месяца присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке. При осмотре: синдром Рейно, трещины на латеральных поверхностях пальцев кистей, артрит лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей,

положительный симптом сжатия стоп. При мануальном мышечном тестировании выявляется умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса (8 баллов из 10). Из полного приседа встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними и средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты 12.5 x 10⁹/л, тромбоциты 440 x 10⁹/л, СОЭ 37 мм час, АЛТ 115 ед/мл, АСТ 187 ед/мл (норма до 35), КФК 1100, АНФ Нер -2 1/640 sp (норма до 1/160), а-Jo-1 более 200 (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х главой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. **НАИБОЛЕЕ ВАЖНО** выполнить на следующем этапе:

ПЭТ

Анализ крови на онкомаркеры

Колоноскопия и гастроскопия

КТ органов грудной клетки, функциональные легочные тесты, определение диффузионной способности легких

Рентгенография кистей и дистальных отделов стоп

Пациентка 35 лет заболела 6 месяцев назад. Дебют болезни с симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, субфебрильной температуры, через 1,5 месяца присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке. При осмотре: синдром Рейно, трещины на латеральных поверхностях пальцев кистей, артрит лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, положительный симптом сжатия стоп. При мануальном мышечном тестировании выявляется умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса. Из полного приседа встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними и средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты 12.5 x 10⁹/л, тромбоциты 440 x 10⁹/л, СОЭ 37 мм час, АЛТ 115 ед/мл, АСТ 187 ед/мл (норма до 35), КФК 1100, АНФ Нер -2 1/640 sp (норма до 1/160), а-Jo-1 более 200 (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х главой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. Компьютерная томография органов грудной клетки: картина фиброзно-интерстициальных изменений с преимущественным поражением нижних и средних задних отделов обоих легких. ФВД: Форсированная жизненная легких снижена до 70%, максимальная жизненная легких снижена до 69%, нарушение диффузионной способности тяжелой степени 35%. Установите диагноз:

Ревматоидный артрит с системными проявлениями

Системная красная волчанка

Антисинтетазный синдром

Системная склеродермия

Болезнь Шегрена

У пациентки 64 лет, которая 6 лет страдает болезнью Шегрена, 3 года назад была

выявлена гепатоспленомегалия. 2 месяца назад присоединились симметричные артриты мелких суставов кистей, стоп, коленных и голеностопных суставов. В анализах: СРБ 40 мг/л (N<5,0), РФ -121 МЕ/мл (N<15,0), АЦЦП резко положительный, АНФ 1/640sp. В общем анализе крови выявлены анемия (Hb-85 г/л), лейкоциты - 19 тыс/мкл, гранулоциты-71%, лимфоциты -23%, моноциты-6%, тромбоциты - 459 тыс/мкл, СОЭ по Вест.- 60 мм/ч, в биохимическом анализе крови за исключением повышения мочевой кислоты до 2,5 норм, а также до 3 норм ЛДГ и до 2 норм ГГТП, все другие показатели в пределах нормы. Анти-HCV, HBsAg отрицательны. На рентгенограммах кистей неэрозивный артрит, околоуставной остеопороз, сужение суставных щелей. На УЗИ внутренних органов печень размерами 150x90 мм, селезенка 240x80 мм. Компьютерная томография органов грудной клетки и органов малого таза без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Каким заболеванием может быть обусловлена спленомегалия:

Миелофиброз

Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов

Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов

Миелома

Аутоиммунный гепатит с исходом в цирроз печени

У пациента, 52 лет, рецидивирующая пурпура на голенях в течение 3 мес., а также развившаяся в течение 1 недели фебрильная лихорадка с повышением СРБ до 60 мг/л (N<5). Дифференциальный диагноз необходимо проводить с:

Гранулематоз с полиангиитом

Макроглобулинемия Вальденстрема

Криоглобулинемический васкулит

со всеми вышеперечисленными заболеваниями

Болезнь Шегрена

Согласно преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это:

состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

динамический процесс, характеризующийся отсутствием болезней и их симптомов

комплекс показателей, отражающих способность организма полностью выполнять свои функции

Норматив объемов медицинской помощи в стационарных условиях:

Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год и количество случаев

госпитализации на 1 застрахованного в год

Количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в год

Количество койко-дней на 1 застрахованное лицо в год

Количество койко-дней на 1 жителя в год и количество койко-дней на 1

застрахованного в год

Норматив объемов паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях:

Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Количество койко-дней на 1 жителя в год

Количество пациенто-дней на 1 жителя в год

Количество медицинских услуг на 1 жителя в год

Понятие «глобальное бремя болезней» включает:

Заболеваемость, рождаемость, смертность

Преждевременную смертность, заболеваемость, инвалидность

Смертность, ожидаемую продолжительность жизни, рождаемость

Инвалидность, летальность, заболеваемость

Преждевременную смертность, рождаемость, инвалидность

Показатель DALY (Disability-adjusted life year)- это:

Приобретенные годы качественной жизни

Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

Потеря 1 года здоровой жизни

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Средняя продолжительность предстоящей жизни

Назовите данные, необходимые для расчета общей заболеваемости:

число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число прошедших медицинский осмотр

число всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году

число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения

число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения

число заболеваний, выявленных в предыдущем году; среднегодовая численность населения

К категории длительно и часто болеющих относятся пациенты, имеющие:

6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по разным заболеваниям

2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

8 случаев и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

Больной 3. 54 лет, маляр, как длительно болеющий впервые направлен на ВТЭК

15.03. Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03.

Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом III группы. Укажите каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает больничный лист:

признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03
признан инвалидом III группы во ВТЭК 15.03
признан инвалидом III группы во ВТЭК 25.03
приступить к работе с 25.03
направить в стационар 25.03

Норматив занятости койки в году для городской местности:

340 дней
320 дней
310 дней
300 дней

Медицинские услуги в стандартах медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ, указываются в соответствии с:

Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении
Перечнем услуг, утверждаемых в медицинской организации
МКБ-10

Женщина, 29 лет, с достоверным серопозитивным ревматоидным артритом, дебютировавшим в 16-летнем возрасте, 2 года назад перенесла операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, 2 предшествующие беременности были прерваны по медицинским показаниям. В настоящее время на фоне приема лефлуномида 20мг/сут, метилпреднизолона 4мг/сут и нимесулида до 200 мг/сут отмечена ремиссия заболевания. Пришла на консультацию в связи с планированием беременности. Выберите верное утверждение:

Наличие эндопротеза тазобедренного сустава является противопоказанием для беременности
Около 16-27% беременных имеют полную ремиссию РА к 3-ему триместру беременности и не нуждаются в терапии
На фоне беременности течение РА улучшается у 90% больных
Зачатие может быть разрешено сразу после отмены лефлуномида
У больных с проблемами фертильности НПВП должны отменяться перед зачатием

Пациентка с системной красной волчанкой, стабильной в течение 6 месяцев, пришла на консультацию к ревматологу на 10 неделе беременности. Выберите верное утверждение:

Аминохинолиновые препараты должны быть отменены
Активность СКВ должна контролироваться в течение всей беременности
Наращение СОЭ в период беременности указывает на обострение СКВ
Прием преднизолона в средних и высоких дозах может привести к преждевременным родам
Лактация у больных СКВ противопоказана

У 21-летней ранее здоровой женщины на 16 неделе её первой беременности появляются лихорадка до 38°C по вечерам, эритематозные высыпания на коже

лица и туловища, артралгии. При обследовании: СОЭ 25мм/час (по Панченкову), протеинурия до 0,7г/сут без изменения мочевого осадка, в иммунологическом анализе крови: повышение а-нДНК, АНФ(+). Впервые диагностируется СКВ.

Рациональная тактика:

Провести пульс-терапию метилпреднизолоном

Назначить азатиоприн

Назначить плаквенил

Назначить преднизолон внутрь в суточной дозе менее 0,5мг/кг

Прервать беременность

Какое из следующих показаний для оперативного родоразрешения беременной с СКВ является неверным?

Выраженные иммунологические нарушения (повышение а-нДНК, Sm-АТ, АНФ)

Плохо контролируемая активность СКВ с поражением внутренних органов (почек, легких, сердца)

Поражение тазобедренных суставов (асептический некроз, коксит) с нарушением их функции

Сопутствующий антифосфолипидный синдром с симптомами поражения ЦНС

Неонатальная волчанка плода

Для неонатальной волчанки справедливо все, кроме:

Наиболее тяжелое проявление синдрома - полная поперечная блокада сердца

Матери новорожденных с неонатальной волчанкой страдают синдромом Шегрена, системной красной волчанкой или ревматоидным артритом

Диагностируется у плода с ранних сроков беременности

У Ro/SSA- и La/SSB-позитивных матерей, имеющих детей с неонатальной волчанкой, при последующей беременности риск развития полной поперечной блокады у плода/новорожденного возрастает до 17-18%

Профилактическое назначение медикаментозной терапии новорожденным от Ro/SSA- и La/SSB-позитивных матерей не рекомендуется

Выберите верное утверждение относительно применения нестероидных противовоспалительных препаратов при беременности и лактации:

Использование после 20 недели беременности может ухудшать функцию почек плода и приводить к маловодию.

Противопоказаны во 2-ом триместре беременности.

НПВП могут влиять на фертильность.

Не влияют на развитие беременности и течение родов.

Прием матерью НПВП не совместим с кормлением грудью.

Верное утверждение о применении глюкокортикоидов у беременных и кормящих матерей с ревматическими заболеваниями:

Использование глюкокортикоидов в 1-ом триместре беременности ассоциируется с увеличением риска расщепления верхнего неба у ребенка.

При родоразрешении глюкокортикоидная терапия не меняется.

Использование глюкокортикоидов в 1-ом триместре беременности ассоциируется с повышенным риском развития гестационного диабета и артериальной гипертензии беременных.

Фторсодержащие глюкокортикоиды (бетаметазон, дексаметазон) при беременности не назначаются.

Глюкокортикоидная терапия у матери не совместима с грудным вскармливанием.

Выберите верное утверждение относительно применения базисных противовоспалительных препаратов при беременности:

Азатиоприн противопоказан при беременности;

Гидроксихлорохин не повышает риск выкидыша, врожденных пороков плода, неблагоприятных исходов беременности;

Микофенолата мофетил должен отменяться не менее чем за 3 месяца до планируемой беременности;

Прием сульфалазина в течение беременности, вероятно, не представляет опасности для плода;

Пациент получает длительное время антагонисты витамина К (варфарин) и планируется проведение эндопротезирования суставов. Действия врача-ревматолога:

Уменьшить дозу варфарина

За 10-14 дней до операции перевести больного на низкомолекулярные гепарины

Оставить варфарин в прежней дозе под тщательным контролем коагулограммы

Начинать применение антибиотиков широкого спектра действия для профилактики инфекционных осложнений следует:

За 1 день до операции

Время максимальной концентрации антибиотика в крови должно приходиться на время выполнения операции

Только в послеоперационном периоде

Используется для профилактики венозных тромбозов и не требует лабораторного контроля:

Дабигатрана этексилат

Гепарин

Варфарин

Какая доза глюкокортикоидов в пересчете на преднизолон является безопасной при проведении эндопротезирования суставов?

15 мг

20 мг

10 мг

Рекомендации больному с ревматоидным артритом, получающему метотрексат в периоперационном периоде:

не отменять метотрексат

отменить метотрексат и возобновить прием через 2 недели после операции

увеличить дозу метотрексата перед операцией и снизить ее в послеоперационном периоде

После эндопротезирования суставов медикаментозную профилактику венозных тромбозов дабигатраном этексилатом (продакса) или ривароксабаном (ксарелто) необходимо проводить:

35 дней

до снятия швов

90 дней

Фактор риска остеопороза, имеющий уровень доказательности А:

Все ответы верны

Возраст

Малотравматические переломы в анамнезе

Пол

Наследственный анамнез остеопороза

Назовите независимый фактор риска переломов:

Гипогонадизм

Падения

Иммобилизация

Курение

Злоупотребление алкоголем

Остеопороз при ревматоидном артрите может быть:

Проявлением болезни

Все ответы верны

Осложнением болезни

Неблагоприятной реакцией на терапию глюкокортикоидами

Коморбидным состоянием

В резорбции костной ткани участвуют:

Остеобласты

Моноциты

Остеоциты

Остеокласты

Фибробласты

Определение концентрации маркеров резорбции и формирования костной ткани в сыворотке крови в клинической практике необходимо для:

Проведения дифференциально-диагностических мероприятий

В клинических исследованиях для контроля антиостеопоротической терапии в динамике

Установления диагноза остеопороза

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии и выбора дальнейшей тактики лечения

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Первая линия терапии остеопороза:

Заместительная гормональная терапия

Препараты кальция и витамина Д

Бисфосфонаты

Активные метаболиты витамина Д

Кальцитонин

Диагностическими критериями СКВ являются все симптомы, кроме:

А. Фотосенсибилизация

Д. Синдром Рейно)

Б. Артрит

В. Поражение почек

Г. Полисерозит

Выберите симптом, редко встречающийся при СКВ

В. Поражение слизистых

А. Артрит

Д. Геморрагический альвеолит

Б. Нефрит

Г. Полисерозит

При системной красной волчанке могут встречаться следующие варианты поражения опорно-двигательного аппарата, кроме:

Б. Асептические некрозы

В. Фибромиалгический синдром

А. Миастенический синдром

Г. Ахилобурсит

Д. Артриты крупных суставов

Следующие выводы о суставном синдроме при системной красной волчанке верны, кроме:

Излюбленная локализация – мелкие суставы кисти

Поражение суставов при СКВ ассоциируется с высокими уровнями С-реактивного белка

Возможно поражение крупных суставов

Длительность утренней скованности менее 30 минут

Возможно наличие эрозивного процесса на рентгенограммах

Не входят в диагностические критерии СКВ (SLICC, 2012):

Феномен Рейно, сетчатое ливедо

Алопеция, капилляриты
Панникулит
Неэрозивный симметричный мигрирующий артрит
Поперечный миелит

Какой набор критериев СКВ (SLICC, 2012) соответствует достоверному диагнозу системной красной волчанки:

4 клинических
4 критерия (из них обязательно 1 клинический и 1 иммунологический)
2 иммунологических
3 иммунологических
3 клинических

Выберите признак, входящий в шкалу определения активности системной красной волчанки SLEDAI-2K:

Анемия (гемоглобин ниже 90 г/л)
Тромбоцитопения ниже 100 тыс., исключая лекарственные причины
АНФ в титре выше 1/160
АНФ гомогенного типа свечения
Лейкопения ниже 4 тыс., исключая лекарственный генез отклонения

Укажите минимальную длительность симптомов, входящих в индекс повреждения SLICC/ACR:

2 месяца
3 месяца
1 месяц
6 месяцев
12 месяцев

Все положения о суставном синдроме у больных СКВ являются верными, кроме

Обнаруживаются очень высокие титры ревматоидного фактора
Часто наблюдается мигрирующий полиартрит мелких суставов кисти
На рентгенограммах суставов кистей и стоп возможно обнаружение эрозий
Длительность утренней скованности составляет менее 30 минут
Полиартикулярное поражение суставов ассоциируется с обострением заболевания

Следующие выводы о суставном синдроме при СКВ верны, кроме

Характерно развитие симметричного, мигрирующего артрита, чаще вовлекающего мелкие суставы кистей
Утренняя скованность нехарактерна
Артралгии встречаются практически у всех больных
Часто встречается моноартрит коленного сустава
Часто встречается моноартрит коленного сустава

Для подострой кожной красной волчанки характерно все, кроме:

Самыми частыми признаками являются поражение кожи и суставов
Поражение почек и ЦНС встречается редко
Чаще развивается у мужчин
Редко встречается положительный АНФ
Является вариантом СКВ

При системной красной волчанке реже всего регистрируют:

Антитела к двуспиральной ДНК
Положительные антиядерные антитела
Увеличение СОЭ
Ревматоидный фактор
Антикардиолипиновые антитела

На присоединение бактериальной инфекции у больных системной красной волчанкой с наибольшей вероятностью указывает:

Высокий уровень СРБ
Ускорение СОЭ
Лейкоцитоз
Тромбоцитоз
Лимфопения

При синдроме неонатальной волчанки выявляются следующие лабораторные нарушения:

все из вышеперечисленных
Анти-Ro антитела
анти-La антитела
анти- U1RNP – антитела
анемия, тромбоцитопения

Выберите признак, характерный для системной красной волчанки и не встречающийся при синдроме лекарственной волчанки:

Высокие уровни антител к ДНК
Лейкопения
Тромбоцитопения
Положительный АНФ
Антитела к гистонам

Выберите признак, характерный для системной красной волчанки и редко встречающийся при синдроме лекарственной волчанки

Нефрит
Плеврит
Фотосенсибилизация
Лихорадка
Перикардит

Развитие синдрома неонатальной волчанки новорожденных возможно при наличии у матерей всех заболеваний, кроме:

- Д. Эозинофильного фасциита
- А. Системной красной волчанки
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Болезни Шегрена
- Г. Лейкоцитокластического васкулита

Препарат, не включенный в рекомендации EULAR для лечения больных системной красной волчанкой:

- Плаквенил
- Флударабин
- Циклофосфамид
- Метотрексат
- Ацетилсалициловая кислота

Для синдрома неонатальной волчанки характерно все, кроме

Сочетание врожденной полной поперечной блокады и поражения кожи встречается у 10% новорожденных

Симптоматика неонатальной волчанки появляется в первые 2 месяца жизни

Частота врожденной полной поперечной блокады составляет 15-30% случаев

У 30% детей с неонатальной волчанкой впоследствии развивается идиопатическая СКВ

Симптоматика самостоятельно регрессирует по мере элиминации материнских аутоантител из организма ребенка

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

С одинаковой частотой развивается в любом возрасте

Часто встречается поражение кожи, суставов и серозиты

Редко поражаются жизненно важные органы (почки и ЦНС)

После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует

Возможно применение препаратов, индуцирующих лекарственную волчанку, у больных идиопатической СКВ

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует

Необходима длительная экспозиция лекарственного препарата

В 3 раза чаще встречается у женщин

Чаще развивается у пожилых больных

В большинстве случаев не требует лечения

Все положения о неонатальной волчанке верны, кроме

Обусловлена трансплацентарным пассажем материнских аутоантител

Требует назначения глюкокортикоидов в течение 2-3 месяцев
Развивается в первые 2 месяца жизни новорожденного
Характеризуется поражением кожи и сердца
Самостоятельно проходит в течение 4-6 месяцев после возникновения

Какие положения о синдроме Фелти верны:

- Б. Серонегативный вариант ревматоидного артрита
- А. Серопозитивный вариант ревматоидного артрита и
- В. Развивается как у мужчин, так и у женщин и
- Г. Может развиваться гепатомегалия и
- Д. Лейкопения может рецидивировать после спленэктомии

Заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

- Синдром Рейтера и
- Псориаз и
- Ювенильный хронический артрит
- Параплегия
- бруцеллез

Реактивные артриты вызывают:

- Shigella flexneri и
- Yersinia enterocolitica и
- Salmonella typhimurium и
- Campilobacter fetus и
- Chlamidia trachomatis

Для остеоартрита не характерно:

- Механический тип болей
- Ухудшение общего состояния пациентов
- Деформация суставов
- Ограничение подвижности суставов
- Преимущественное поражение опорных суставов

Характерные признаки генерализованного остеоартрита:

- Эрозии мелких суставов кистей и стоп
- Суставы Клаттона
- Узелки Гебердена и
- Узелки Бушара
- Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков

Факторы риска остеопороза:

- Курение
- Занятия спортом
- Ожирение

Злоупотребление кофе и
Ранняя менопауза

Отметить ситуации, при которых может развиваться синдром запястного канала:

Микседема и
Беременность и
Первичный амилоидоз и
Ревматоидный артрит
Алкогольный цирроз печени

Синдром Жаку может развиваться при:

Остеоартрите
Ревматоидном артрите
Системной красной волчанке
Острой ревматической лихорадке
Идиопатическом панникулите Вебера-Крисчена

Отметить факторы риска развития остеоартрита:

Ожирение и
Диабет и
Акромегалия и
Гемохроматоз
Гипертиреоз

Признаки эозинофильного фасциита:

Связь с гематологическими заболеваниями
Отек дистальных отделов конечностей и
Развитие после непривычной физической нагрузки и
Периферическая эозинофилия
Частое поражение почек

Признаки рецидивирующего полихондрита:

Узловатая эритема
Поражение суставов часто является первым признаком заболевания
Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины и
Седловидная деформация носа и
Хороший эффект при назначении глюкокортикоидов

Основные проявления гигантоклеточного васкулита:

Боль в верхнечелюстных суставах, усиливающаяся при жевании
Ревматическая полимиалгия и
Слепота и
Головная боль
Лихорадка

Сосуды крупного калибра поражаются при:

Болезнь Бюргера
Артериит Такаясу и
Височный артериит
Узелковый периартериит
Геморрагический васкулит

Сетчатое ливедо может развиваться при:

Системная красная волчанка и
Синдром Снеддона и
Антифосфолипидный синдром и
Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
Атеросклеротическое поражение сосудов

Суставной синдром может встречаться при:

Тромботической тромбоцитопенической пурпуре и
Гемофилии и
Хроническом лимфолейкозе и
Синдроме Шенлей-Геноха и
Полицитемии

Показанием для внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты при остеоартрите коленных суставов является:

Недостаточная эффективность внутрисуставного введения глюкокортикоидов
Недостаточная эффективность немедикаментозных методов лечения
Недостаточная эффективность НПВП
Недостаточная эффективность хондропротекторов
Недостаточная эффективность локальных аппликаций противовоспалительных препаратов

Низкая активность или ремиссия ревматоидного артрита после начала терапии должна быть достигнута в следующий срок:

1 месяц
6 месяцев
3 месяца
9 месяцев
12 месяцев

Корректировать проводимую больному ревматоидным артритом терапию при отсутствии эффекта следует:

Через 3 месяца
Через 1 месяц
Через 6 месяцев
Через 9 месяцев

Через 12 месяцев

Критериям ремиссии ревматоидного артрита по ACR/EULAR соответствуют следующие значения индексов активности:

SDAI < 2,9

CDAI < 3,3

DAS 28 < 2,6

SDAI < 3,3 и

CDAI < 2,9

Максимальное количество суставов с признаками воспаления, которое может иметь пациент, соответствующий критериям ремиссии ревматоидного артрита по ACR/EULAR:

2

0

1

3

4

Укажите суставы из нижеперечисленных, которые не могут учитываться при определении числа пораженных суставов в рамках классификационных критериев ревматоидного артрита ACR/EULAR:

Тазобедренные

Плечевые

Акромиально-ключичные

Первые запястно-пястные

Височно-нижнечелюстные

Для вычисления индекса DAS28 используются следующие показатели:

Число болезненных суставов, число припухших суставов, боль в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка состояния здоровья больным в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число воспаленных суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, СОЭ

В классификационных критериях ревматоидного артрита ACR/EULAR количество пораженных суставов определяется как:

Число припухших суставов

Число болезненных суставов + число припухших суставов

Число болезненных суставов

Число припухших, но не болезненных суставов + число болезненных суставов

Число воспаленных суставов + число болезненных суставов

Характерным признаком медиального эпикондилита является:

Припухлость в области медиального надмыщелка плечевой кости

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при сгибании кисти и пальцев и пронации предплечья

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при сгибании кисти и пальцев и супинации предплечья

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при разгибании кисти и пальцев и пронации предплечья

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при разгибании кисти и пальцев и супинации предплечья

Боли и парестезии при синдроме канала Гийона локализуются в области:

4-5 пальцев кисти

предплечья и 1-4 пальцев кисти

1-4 пальцев кисти

ладонной поверхности 4-5 пальцев кисти

Термин «метатарзалгия» применяется для обозначения боли:

в среднем отделе стопы

в переднем отделе стопы

в области тарзального канала

в заднем отделе стопы

Тендовагинит сгибателей стопы сопровождается болями:

в среднем отделе стопы

в области медиальной лодыжки и

в переднем отделе стопы и

в области латеральной лодыжки

Наличие жировой дегенерации костной ткани по данным магниторезонансной томографии свидетельствует о:

Наличии хронического воспаления костной ткани

Наличии острого воспаления костной ткани

Травматическом повреждении костной ткани

Возрастной дистрофии костной ткани в данной области

Локализованном инфекционном очаге в костной ткани

Начальным рентгенологическим признаком поражения поясничного отдела позвоночника при анкилозирующем спондилите является:

Появление спондилофитов

«Квадратизация» тел позвонков

Синдром Андерсона

Наличие синдесмофитов

Дорентгенологическая стадия анкилозирующего спондилита- это:

Все выше перечисленные ответы верны

Наличие воспалительной боли в спине при отсутствии рентгенологических и томографических признаков поражения костно-суставного аппарата

Наличие воспалительной боли в спине и признаков острого воспаления крестцово-подвздошных суставов (остеит) по данным магниторезонансной томографии, при отсутствии рентгенологически достоверного сакроилиита

Наличие острого воспаления крестцово-подвздошных суставов по данным магниторезонансной томографии при отсутствии боли в спине и рентгенологических признаков сакроилиита

Характерным клиническим проявлением сакроилиита является:

Усиливающаяся при приседаниях боль в ягодицах

Покраснение и припухание в зоне проекции крестцово-подвздошных суставов

Воспалительная боль в нижней части спины

Перебегающая боль в ягодичной области

Основным клиническим проявлением анкилозирующего спондилита является:

Ограничение подвижности позвоночника во фронтальной проекции

Воспалительная боль в спине

Утренняя скованность в позвоночнике

Симптом Форестье

Укажите измерение позвоночника, не входящее в индекс BASMI:

Расстояние от козелка до стены

Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера)

Экскурсия грудной клетки

Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника

Выберите наиболее правильное определение. Индекс BASFI -это:

Индекс, определяющий активность анкилозирующего спондилита

Индекс, оценивающий функциональный статус пациента

Индекс, определяющий качество жизни пациента

Индекс, определяющий базовую активность самофиксирующим опросником

Укажите различие между имеющимися версиями индекса ASDAS:

Используют разные лабораторные показатели (СОЭ или СРБ)

Зависит от значения индекса BASDAI

Зависит от длительности болезни

Определяется по функциональному классу

Укажите различие между сакроилиитом, диагностируемым компьютерной и магниторезонансной томографией:

При магниторезонансном исследовании лучше различим даже минимальный

субхондральный склероз костной ткани

Визуализацией разных патологических процессов

Различий нет

Возможностью большей детализации имеющихся эрозий в крестцовоподвздошных суставах при использовании компьютерной томографии

Выберите наиболее правильное определение синдесмофитов:

Вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные внутри фиброзного кольца межпозвонкового диска

Остеофиты на краях смежных позвонков, с характерным для АС срастанием между собой

Ориентированные вертикально спондилофиты, срастающиеся между собой

Вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные снаружи от фиброзного кольца межпозвонкового диска

Сакроилиит IV рентгенологической стадии по Kellgren характеризуется:

Отсутствием и\или незначительным субхондральным остеосклерозом на отдельных участках около суставов с анкилозированием щели сустава

На фоне остеосклероза и анкилоза крестцово-подвздошных суставов развитие выраженных кистовидных просветлений d.

Выраженным субхондральным остеосклерозом с анкилозированием суставной щели

Анкилозирование крестцово-подвздошных суставов на фоне выраженного остеопороза окружающей костной ткани

Укажите на основании каких данных рентгеновской денситометрии аксиального скелета можно поставить диагноз остеопороз при снижении показателя МПК ниже -2.5 CO:

В зоне Варда

В межвертельной зоне проксимального отдела бедра

Только в одном позвонке

По общему показателю для 2-4 позвонков

В 2-х из 4-х позвонков

У женщины 71 года при обследовании случайно выявлена компрессия L4 позвонка. По данным денситометрии бедра МПК по Т-критерию -2,6 CO только в области Варда, в позвоночнике L1-L4 Т-критерий -1,5 CO. Укажите на основании чего можно поставить диагноз остеопороза:

Т-критерий ниже -2,5 CO в области Варда

Т-критерий ниже -2,5 CO в позвоночнике /шейке бедра/общем показателе бедра можно поставить диагноз остеопороза без измерения МПК

необходимо исключить из анализа L4 позвонок и оценить Т-критерий L1-L3

На основании имеющихся данных денситометрии пациентке нельзя поставить диагноз остеопороза

Программа FRAX используется для:

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Прогнозирования вероятности остеопоротических переломов у женщин в постменопаузе

Выбора тактики ведения пациента у пациента с малотравматичным переломом 3

У молодых женщин и мужчин для выявления факторов риска перелома

Постановки диагноза остеопороза у больных старше 65 лет

Укажите наиболее доступный метод исследования, который позволяет диагностировать перелом тела позвонка:

MPT позвоночника

Остеоденситометрия позвоночника

Рентгенография позвоночника в прямой проекции

Рентгеноморфометрия грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции

КТ позвоночника

Перед назначением терапии остеопороза необходимо оценить следующие биохимические показатели:

Кальций, фосфор, мочеви́на, общий белок

Кальций, креатинин /клиренс креатинина, АСТ, АЛТ

Кальций, магний, калий

Кальций, фосфор, клиренс креатинина, щелочная фосфатаза

Кальций, фосфор, креатинин, щелочная фосфатаза, общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ

Определение уровня кальция в крови у пациента с подозрением на остеопороз используется для:

определения тактики ведения

дифференциальной диагностики

постановки диагноза остеопороза

дифференциальной диагностики и определения тактики ведения

прогнозирования эффективности препарата

Пациентка 58 лет с остеопорозом принимает патогенетическую терапию и употребляет достаточное количество молочных продуктов. Укажите необходимую ей суточную дозу витамина D:

Не нужен, так как его много в молочных продуктах

Не нужен, так как она получает патогенетическое лечение

400-600 МЕ

800 -2000 МЕ

Назначается только при выявлении гипокальциемии

Женщина в возрасте 40 лет с сохранным менструальным циклом страдает ревматоидным артритом в течение 7 лет, на протяжении 3-х лет получает

преднизолон в дозе 5 мг/сут, переломов не было. При обследовании выявлено снижение минеральной плотности -1,6 СО по Z критерию. Тактика ведения пациентки:

- Назначение стронция ранелата
- Назначение деносумаба
- Назначение бисфосфонатов
- Назначение кальция и витамина Д
- Наблюдение без терапии

После введения внутривенных бисфосфонатов наиболее часто возникают побочные эффекты:

- Диарея
- Эзофагит
- Аллергические реакции
- Гриппоподобный синдром
- Инфекционные осложнения

Псориатический артрит относится к следующей группе заболеваний:

- Системные васкулиты
- Спондилоартриты
- Болезни костей, хряща и остеохондропатии
- Болезни внесуставных мягких тканей
- Микрокристаллические артриты

Выберите отличительный клинический признак псориатического артрита:

- Синдром Рейно
- Дактилит
- Боль в мышцах верхнего плечевого пояса
- Пришеечный кариес
- Артрит 1-го плюсне-фалангового сустава

Отметьте базисный противовоспалительный препарат первой линии в лечении больных псориатическим артритом с преимущественным поражением суставов:

- Сульфасалазин
- Метотрексат
- Препараты золота
- Плаквенил
- Циклоспорин

Устекинумаб представляет собой человеческие моноклональные антитела к:

- Интерлейкину-1
- Интерлейкину-17
- Интерлейкину-12 и интерлейкину-23
- Интерлейкину-1 β
- Интерлейкину-6

Из перечисленных групп заболеваний к компетенции ревматолога относятся:

Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата
Дегенеративные заболевания суставов и позвоночника и
Диффузные болезни соединительной ткани и
Ревматическая лихорадка и
Аутовоспалительные синдромы

Комплемент представляет собой:

Постоянно присутствующий в сыворотке белок, обеспечивающий
бактериостатические свойства
Комплекс антиген-антитело
Систему сывороточных белков, активизирующихся комплексом антиген-антитело
Активированный иммуноглобулин
Антиген, продукт гена главного комплекса гистосовместимости

В отношении поражения клапанов сердца, ассоциированного с антифосфолипидным синдромом, верно следующее:

Аневризмы венечных артерий
Позитивная гемокультура
Наличие митрального стеноза
Различия АД на конечностях
Все перечисленное верно

Для кальцинированного аортального стеноза характерно:

Г. Эмболические феномены
А. Молодой возраст больного
Б. Ревматический анамнез
В. Узловатая эритема
Д. Все вышеперечисленное

Утверждение, не соответствующее истине:

Ревматическая этиология пролапса митрального клапана
Наличие ревматоидного фактора при инфекционном эндокардите
Высокие титры АСЛ-О являются показателем текущего ревматического кардита
Отсутствие вальвулита при нейроциркуляторной дистонии
Тромбоэмболии при миксоте левого предсердия

Основной причиной негативной гемокультуры при инфекционном эндокардите является:

Предшествующая антибиотикотерапия
Несоблюдение правил взятия и транспортировки проб крови
Неадекватная микробиологическая техника
Особенности возбудителя

Длительность заболевания

В отличие от ревматического кардита, для инфекционного эндокардита характерно:

- А. Стойкость лихорадочного синдрома
- Б. Поражение суставов
- В. Наличие систолического сердечного шума на верхушке
- Г. Увеличение СОЭ
- Д. Ни один из перечисленных выше

Для длительного лечения при болезни Уиппла применяется:

- Эритромицин
- Цефтриаксон
- Амоксициллин
- Ко-тримоксазол
- Линкомицин

По гистоморфологической картине выделяют форму панникулитов:

- В. глубокий
- А. соединительный
- Г. лобулярный
- Б. крапчатый
- Д. промежуточный

На прием обратился пациент с жалобами на множественные распространенные умеренно болезненные красные узлы на голених и предплечьях, лихорадку, озноб и артрит голеностопных суставов. Предварительный диагноз:

- Гранулематоз с полиангиитом
- Реактивный артрит
- Синдром Лефгрена
- Системная красная волчанка
- Острая ревматическая лихорадка

В качестве варианта панникулита рассматривают:

- гигантоклеточный артериит
- геморрагический васкулит
- болезнь Кавасаки
- узелковый васкулит
- эозинофильный гранулематоз

При каком ревматическом заболевании синдром Рейно встречается в 100% случаев?

- Ревматоидный артрит с системными проявлениями
- Системная красная волчанка
- Системная склеродермия

Дерматомиозит
Болезнь Шегрена

Отличительный признак первичного синдрома Рейно (феномен Рейно) от вторичного синдрома Рейно при системной склеродермии:

Чаще встречается у женщин, чем у мужчин
Трофические нарушения - образование язвочек, рубчиков, некрозов
Трехфазное изменение цвета пальцев (белые, синие, красные)
Онемение, покалывание пальцев во время приступа
Провоцирование приступа воздействием холода, волнением

Какие из нижеперечисленных аутоантител НЕ относят к специфичным для системной склеродермии?

- В. Антитела к кардиолипину
- А. Антицентромерные
- Б. Антитела к топоизомеразе I (Scl-70)
- Г. Антитела к РНК-полимеразе III
- Д. Анти ПМ-Скл антитела

Какой из симптомов поражения кожи при системной склеродермии чаще всего появляется в дебюте заболевания?

- А. Отек пальцев (кистей)
- Б. Симптом киста
- В. Гиперпигментация
- Г. Дигитальные рубчики
- Д. Кальцификаты

Какой симптом поражения кожи НЕ характерен для системной склеродермии ?

- А. Индурация
- Г. Алопеция
- Б. Гиперпигментация
- В. Кальциноз мягких тканей
- Д. Телеангиэктазии

Наиболее характерные проявления поражения сердца у больных системной склеродермией :

- Нарушение ритма и проводимости
- Гипертрофическая кардиомиопатия
- Эндокардит Лимбана-Сакса
- Амилоидоз миокарда
- Панкардит

Какой из маркеров является серологическим показателем активности ССД?

- А. фибриноген
- Д. Ни один из выше перечисленных

- Б. СРБ
- В. Фактор фон Виллебранта
- Г. креатинин

Какое из аутоантител у АНФ-позитивного больного с выраженным синдромом Рейно позволяет предполагать, что он страдает ССД?

- Г. Анти-Sm
- А. Антитела к цитоплазме нейтрофилов
- Б. Антицентромерные антитела
- В. Анти-Jo-1
- Д. Антикардиолипидные антитела

При системной склеродермии чаще всего поражается следующий отдел желудочно-кишечного тракта:

- Желудок
- Пищевод
- Тонкая кишка
- Толстая кишка
- Прямая кишка

Рестриктивные изменения при системной склеродермии – снижение форсированной жизненной емкости легких при спирографии и диффузионной способности легких - являются следствием:

- Интерстициального поражения легких
- Эмфиземы легких
- Бронхиальной астмы
- Легочной гипертензии
- Анемии

Какой иммуносупрессивный препарат рекомендован для лечения интерстициального поражения легких при системной склеродермии в связи с доказанной клинической эффективностью?

- Циклофосфан
- Микофенолата мофетил (селлсепт)
- Азатиоприн
- Метотрексат
- Циклоспорин А

Для больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями наиболее характерны следующие психические расстройства:

- Расстройства тревожно-депрессивного спектра - тревожные и депрессивные расстройства
- Острый психоз/ делирий
- Умеренное когнитивное расстройство
- Биполярное аффективное расстройство

Шизофрения

Ложное утверждение относительно влияния психических расстройств на течение и исходы ревматических заболеваний:

РТДС и КН ассоциируются с выраженной хронической усталостью

РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра) поддерживают высокую клинико-лабораторную воспалительную активность РЗ

РТДС и КН не влияют на приверженность к лечению РЗ

РТДС и КН усиливают восприятие боли

ПР увеличивают нетрудоспособность, инвалидизацию и смертность больных с РЗ

Какое из нижеприведенных утверждений, касающихся времени манифестации РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра) у больных с РЗ, является наиболее верным?

Г. РТДС развивается через 10-15 лет от начала РЗ

Б. В большинстве случаев РТДС развивается в течение первого года после постановки диагноза РЗ

А. В 50-60% случаев дебют РТДС на несколько лет предшествует развитию РЗ

В. РТДС развивается в первые 5 лет от начала РЗ

Д. Дебют или рецидив РТДС всегда совпадает с обострением РЗ

Какой симптом не относится к диагностическим признакам депрессии?

Г. Нарушение аппетита

А. Угнетенное - тревожное, тоскливое настроение или апатия

В. Возбуждение или необычное поведение

Б. Потеря интересов и чувства удовольствия

Д. Нарушение сна

Какие из следующих расстройств тревожно-депрессивного спектра наиболее характерны для больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой?

Дистимия

Генерализованное тревожное расстройство

Рекуррентное депрессивное расстройство

Единичный депрессивный эпизод

Расстройство адаптации

Причиной острого психоза/ делирия при ревматическом заболевании может быть все, кроме:

Высокая клинико-лабораторная активность

Артериальная гипертензия

Прием высоких доз глюкокортикоидов

Инфекционные осложнения (сепсис)

Уремия

Какое клиническое состояние может вызвать значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена?

Аутоиммунная тромбоцитопения

Пневмония

Полинейропатия

Опухоль желудка

Интерстициальное поражение легких

Какой вариант лимфом нередко предшествует развитию ревматологических заболеваний?

Д. Болезнь Ходжкина

А. В-крупноклеточные лимфомы

Б. Плазматические дискразии (миелома, макроглобулинемия Вальденстрема)

В. Лимфомы маргинальной зоны

Г. Т-клеточные лимфомы

У пациента через полтора года после пересадки почки развился острый артрит 1-го плюснефалангового сустава. Какой из препаратов, принимаемых пациентом мог быть причиной развития подагры:

Б. Азатиоприн

А. Циклоспорин А

В. Преднизолон

Г. Мофетил микофеналат

Д. Нормодипин

Проведение медикаментозной коррекции гиперурикемии рекомендуется при:

Хроническая болезнь почек ≥ 3 ст

Артериальная гипертензия

Псориатический артрит

Хронический миелолейкоз

Сахарный диабет 2 типа

Для подавления острого подагрического артрита возможно назначение короткого курса глюкокортикоидов. Выберите оптимальную суточную дозу преднизолона:

20-25 мг

5-10 мг

30-40 мг

15-20 мг

40-60 мг

У пациента 32 лет с ожирением, артериальной гипертензией, отягощенной наследственностью по подагре, неоднократно при обследовании выявляется повышение сывороточного уровня мочевой кислоты до 480 мкмоль/л, приступов артрита никогда не было. Рекомендация данному пациенту:

Прием аллопуринола короткими курсами

Лечебное голодание

Прием аллопуринола пожизненно

Диета с ограничением пуринов, повышение физической активности

Назначение аллопуринола при повышении сывороточного мочевого кислоты >540 мкмоль/л

Целевой уровень мочевого кислоты у пациента с подагрой следует поддерживать:

1 год

Пожизненно

До полного стихания обострения артрита

3 года

6 месяцев

Для купирования острого подагрического артрита в случае неэффективности колхицина и нестероидных противовоспалительных препаратов, применяют:

Тоцилизумаб

Ритуксимаб

Канакинумаб

Устекинумаб

Инфликсимаб

У пациента с подагрой НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ длительно поддерживать следующий минимальный сывороточный уровень мочевого кислоты :

180 мкмоль/л

360 мкмоль/л

320 мкмоль/л

280 мкмоль/л

240 мкмоль/л

Максимально допустимая суточная доза аллопуринола:

900 мг

300 мг

600 мг

800 мг

1200 мг

Для ранней диагностики подагры наиболее информативен следующий метод лучевой диагностики:

Компьютерная томография

Рентгенография

Ультрасонография

Магнитно-резонансная томография

Сцинтиграфия

Терапию аллопуринолом обязательно начинают в случае:

У молодых пациентов (до 40 лет) хотя бы с одним приступом подагрического артрита в анамнезе

Снижения экскреции мочевой кислоты

При выявлении сывороточного уровня мочевой кислоты выше 420 мкмоль/л

Более 4 приступов подагрического артрита в год

Более 2 приступов подагрического артрита в год

Цель антигиперурикемической терапии у пациента с редкими приступами артрита, бестофусной формой, отсутствием сопутствующих заболеваний:

Г. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л у мужчин и <420 мкмоль/л у женщин

Б. Сывороточный уровень мочевой кислоты <300 мкмоль/л

А. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л

В. Сывороточный уровень мочевой кислоты <420 мкмоль/л

Д. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л у женщин и <420 мкмоль/л у мужчин

Цель антигиперурикемической терапии у пациента с хронической тофусной подагрой:

Б. Сывороточный уровень мочевой кислоты <300 мкмоль/л

А. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л

В. Сывороточный уровень мочевой кислоты <420 мкмоль/л

Г. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л у мужчин и <420 мкмоль/л у женщин

Д. Сывороточный уровень мочевой кислоты <300 мкмоль/л у женщин и <360 мкмоль/л у мужчин

Медикаментозную профилактику приступов артрита при назначении уратснижающих препаратов необходимо проводить:

2 недели

6 месяцев

2 месяца

Проводить не обязательно

3 месяца

Для пирофосфатной артропатии патогномонична следующая лабораторная картина:

Нет таких показателей

Гиперурикемия

Гиперкальциемия

Гипомагниезия

Гипокальциурия

Пирофосфатная артропатия может имитировать ряд ревматических болезней.

Наиболее часто встречается следующая маска:

Склеродермия
Ревматоидный артрит
Фибромиалгия
Болезнь Пертеса
Ревматическая полимиалгия

Типичным признаком остеонекроза является следующий рентгенологический признак:

Симптом \"полулуния\"
Очаговый остеопороз
Сужение суставной щели
Кистовидные просветления
Коллапс костной ткани

При остром артрите любого сустава рекомендуется:

Выполнить иммунологическое исследование крови на маркеры воспаления (РФ, СРБ)
Выполнить рентгенологическое исследование сустава
Провести диагностическую пункцию сустава для получения синовиальной жидкости
Выполнить клинический анализ крови
Проконсультировать больного у травматолога

Выберите наиболее точное определение подагры, отражающее суть болезни:

Болезнь, связанная с образованием кристаллов моноурата натрия
Системное ревматическое заболевание, развивающееся на фоне гиперурикемии
Болезнь, связанная с метаболическими нарушениями, приводящими к гиперурикемии и артриту
Болезнь, характеризующаяся острым артритом первого плюснефалангового сустава
Заболевание, характеризующееся рецидивами острых приступов артрита и развивающееся преимущественно у мужчин среднего и пожилого возраста

Основная этиопатогенетическая причина подагры:

А. Артериальная гипертензия
Б. Гиперурикемия
В. Нарушение диеты
Г. Генетические факторы
Д. Ожирение

К достоверному снижению риска заболеваемости подагрой приводит регулярное употребление:

Чая
Кофе
Фруктовых соков
Кваса
Какао

Кристаллы моноурата натрия выявляются при поляризационной микроскопии как:

Игольчатые образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

Ромбовидные или прямоугольной формы образования, слабо отражающие поляризационный свет

Прямоугольной формы образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

Тонкие крупные (больше 30 мкм) пластинки различного цвета четырехугольной формы

Кристаллы лучистой формы, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

Кристаллы пирофосфата кальция выявляются в поляризационной микроскопии как:

Игольчатые образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

Ромбовидные или прямоугольной формы образования, слабо отражающие поляризационный свет

Прямоугольной формы образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

Тонкие крупные (больше 30 мкм) пластинки различного цвета четырехугольной формы

Кристаллы лучистой формы, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

У 57-летней пациентки с односторонней головной болью и потерей зрения выполнена биопсия височной артерии. Ожидаемое заключение морфологического исследования:

Васкулит артерии среднего калибра с фибриноидным некрозом

Гранулематозный васкулит крупного сосуда с фиброзом интимы

Сегментарный артериит с присутствием гигантских клеток и фрагментацией внутренней эластичной пластинки

Эозинофильный васкулит сосудов мелкого калибра

Трансмуральный васкулит артерии среднего калибра

34-летняя пациентка с жалобами на выраженную слабость, отсутствие аппетита, лихорадку до 38 С, боли в левой руке и левой половине шеи, нечеткость зрения. При обследовании выявлено снижение пульсации на левой лучевой артерии и низкое артериальное давление на левой руке. Ожидаемые морфологические изменения в пораженной артерии:

Некротизирующее воспаление с инфильтрацией эозинофилами

Сегментный некроз

Гранулематозное воспаление

Некротизирующее воспаление с пристеночным тромбозом

Гранулематозное воспаление и положительная реакция Вассермана

4- летний ребенок со стойкой лихорадкой 40 С, продолжающейся в течение недели, лимфаденопатией шейных лимфатических узлов, двусторонним конъюнктивитом, эритемой на ладонях и подошвах стоп. В пользу диагноза болезнь Кавасаки будет дополнительно свидетельствовать:

Некротическая ангина

Малиновый язык

Крапивница

Везикулярные высыпания

Артрит

4- летний ребенок со стойкой лихорадкой 40 С, продолжающейся в течение недели, лимфаденопатией шейных лимфатических узлов, двусторонним конъюнктивитом, эритемой на ладонях и подошвах стоп. Для подавления воспалительной активности и снижения риска тромбоза в первую очередь следует назначить:

Преднизолон

Варфарин

Ацетилсалициловую кислоту

Гепарин

Циклофосфан

Наиболее высокий риск развития В-клеточных лимфом существует при следующем ревматическом заболевании:

Болезнь Шёгрена

Ревматоидный артрит

Системная красная волчанка

Дерматополимиозит

Системная склеродермия

Значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена обусловлено:

Полинейропатией

Опухолью желудка

Пневмонией

Аутоиммунной тромбоцитопенией

Интерстициальным поражением легких

При болезни Шёгрена наиболее часто встречается:

Анемия хронического воспаления

Железодефицитная анемия

Апластическая анемия

Пернициозная анемия

Гемолитическая анемия

Согласно рекомендациям EULAR (2010 и 2013) и Ассоциации ревматологов России (2014), основная цель фармакотерапии ревматоидного артрита:

Уменьшение болей и улучшение функции суставов
Достижение ремиссии (или низкой активности) болезни
Снижение риска коморбидных заболеваний
Сохранение трудоспособности

Согласно рекомендациям Ассоциации ревматологов России (2017), терапию базисными противовоспалительными препаратами при ревматоидном артрите (РА) следует назначать:

Как можно раньше, даже при подозрении на возможность развития РА
Только при постановке достоверного диагноза РА, согласно критериям ACR (1987 г.)
Только при неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов
Только при отсутствии коморбидных заболеваний

Препаратом «первого» ряда для лечения ревматоидного артрита является:

Ингибиторы фактора некроза опухоли (инфликсимаб, голимумаб, этанерцепт, адалимумаб, цертолизумаба пэгол)
Метотрексат
Лефлуномид
Гидроксихлорохин
Преднизолон

Тактика назначения метотрексата при ревматоидном артрите:

Начинать с дозы 25 мг/неделя с постепенным снижением до 15 мг/неделя
Начинать с дозы не более 5 мг/неделя и медленно повышать до максимально допустимой (не более 15 мг/неделя)
Начинать с 10-15 мг/неделя и быстро увеличивать (по 2.5 мг/неделя) до 25-30 мг/неделя
Начинать с 2.5 мг/неделя и постепенно (по 2.5 мг/неделя) увеличивать до 15 мг/неделя

Назначение метотрексата обязательно сочетают с назначением:

Кальция и витамина D
Фолиевой кислоты
Витамина B12
Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами
Аскорбиновой кислоты

Перед назначением метотрексата необходимо выполнить:

Общий анализ крови и С-реактивный белок
Общий анализ крови, печеночные ферменты, креатинин
Определение ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированому белку

Другие исследования

Антинуклеарный фактор, маркеры вируса гепатита В и С

Согласно рекомендациям Ассоциации ревматологов России, при недостаточной эффективности таблетированной формы метотрексата в дозе 15 мг/нед, тактика лечения:

Отменить метотрексат, назначить лефлуномид

Назначить подкожную форму метотрексата в той же дозе

Продолжить лечение метотрексатом, назначить сульфасалазин

Отменить метотрексат, назначить инфликсимаб

Продолжить лечение метотрексатом назначить глюкокортикоиды перорально в дозе 30 мг/день

Наиболее частой причиной прерывания лечения метотрексатом служат нежелательные реакции в виде:

Нарушения функции почек

Тошноты, диспепсии

Повышения артериального давления

Прогрессирования легочного фиброза

Обострения ишемической болезни сердца

Схемы комбинированной терапии стандартными базисными противовоспалительными препаратами при ревматоидном артрите:

Метотрексат в комбинации с сульфасалазином и гидроксихлорохином

Метотрексат в комбинации с циклоспорином А

Лефлуномид в комбинации с сульфасалазином

Сульфасалазин в комбинации с солями золота

При недостаточной эффективности метотрексата (включая подкожную форму), предпочтительно:

Продолжить лечение метотрексатом, назначить ингибиторы ФНО- α

Отменить метотрексат, назначить глюкокортикоиды в средней дозе

Отменить метотрексат, назначить тоцилизумаб

Продолжить лечение метотрексатом, назначить ритуксимаб

К ингибиторам фактора некроза опухоли относятся:

Абатацепт

Голимумаб

Ритуксимаб

Устекинумаб

Секукинумаб

Оцените справедливость утверждения: при раннем ревматоидном артрите комбинированная терапия метотрексатом и адалимумабом более эффективна, чем последовательное назначение адалимумаба при недостаточной

эффективности монотерапии метотрексатом

не верно

верно

К блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов относят:

Ритуксимаб

Этанерцепт

Тофацитиниб

Абатацепт

Голимумаб

Оцените справедливость утверждения: при недостаточной эффективности, но хорошей переносимости метотрексата, пациентам следует назначить монотерапию генно-инженерными биологическими препаратами

верно

не верно

Исследования для исключения латентной туберкулезной инфекции абсолютно показаны перед назначением:

Абатацепта

Инфликсимаба

Глюкокортикоида

Метотрексата

Ритуксимаба

При невозможности продолжить лечение метотрексатом, предпочтительно назначить монотерапию:

Тоцилизумабом

Инфликсимабом

Адалимумабом

Абатацептом

Секукинумабом

На фоне лечения генно-инженерными биологическими препаратами наиболее часто могут развиваться следующие нежелательные реакции:

Аутоиммунные нарушения

Инфекционные осложнения

Агранулоцитоз

Все выше перечисленные

Ни одно из перечисленных

Наиболее частая причина развития вторичной неэффективности терапии моноклональными антителами к ФНО- α :

Пожилой возраст пациентов

Полиморфизм генов, регулирующих синтез «провоспалительных» цитокинов

Мужской пол
Синтез нейтрализующих антител
Все, перечисленные выше

Оцените справедливость утверждения: комбинированная терапия метотрексатом и генно-инженерными биологическими препаратами эффективней монотерапии генно-инженерными биологическими препаратами

верно
не верно

Тактика ведения пациентов с ревматоидным артритом, у которых на фоне комбинированной терапии метотрексатом и ингибиторами ФНО- α достигнута стойкая ремиссия заболевания:

Продолжить лечение метотрексатом, отменить ингибиторы ФНО- α
Отменить метотрексат, продолжить лечение ингибиторами ФНО- α
Снизить дозу метотрексата и ингибиторов ФНО- α
Продолжить лечение метотрексатом, снизить дозу ингибиторов ФНО- α
Снизить дозу метотрексата и ингибиторов ФНО- α , назначить глюкокортикоиды

У пациентов с ревматоидным артритом заболевание часто сочетается с:

Хроническим заболеванием печени
Атеросклеротическим поражением сосудов
Бронхиальной астмой
Раком толстого кишечника
Сахарным диабетом

Оцените справедливость утверждения: на фоне лечения ингибиторами ФНО- α инфекционные осложнения наиболее часто развиваются в первые 6 месяцев от начала терапии

верно
не верно

В случае развития сердечной недостаточности III функционального класса (NYHA) у пациента с ревматоидным артритом, НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ назначать:

Инфликсимаб
Метотрексат
Лефлуномид
Абатацепт
Канакинумаб

У мужчины 72 лет внезапно развился артрит правого коленного сустава, отмечено повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При осмотре выявлена припухлость сустава, повышение локальной температуры, боли при движении. При лабораторном исследовании выявлен лейкоцитоз $12.6 \times 10^9/\text{л}$, при рентгенологическом исследовании – сужение суставной щели и признаки

кальцификации суставного хряща. Наиболее вероятный диагноз:

Подагра

Псориатический артрит

Псевдоподагра

Ревматоидный артрит

Септический артрит

У больной системной красной волчанкой 25 лет развился нефротический синдром. При биопсии почек обнаружен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (класс IV WHO). Наиболее эффективная схема терапии:

Комбинированная терапия преднизолоном и циклофосфамидом

Монотерапия азатиоприном

Монотерапия преднизолоном

Комбинированная терапия преднизолоном и азатиоприном

Комбинированная терапия преднизолоном и метотрексатом

Оцените целесообразность диагностики боррелиозной инфекции (иммуноферментный метод, Вестерн блотт) у пациентов с распространенными болями в суставах, миалгией, симптомами фибромиалгии:

диагностика не целесообразна

диагностика целесообразна

Выбор ритуксимаба в качестве «первого» геноо-инженерного биологического препарата у пациентов с недостаточной эффективностью монотерапии метотрексатом обусловлен:

Серопозитивностью по ревматоидному фактору

Развитием синдрома Шегрена

Противопоказаниями для назначения ингибиторов ФНО- α

Всем, перечисленным выше

Развитием ревматоидного васкулита

Оцените справедливость утверждения: монотерапия генно-инженерными биологическими препаратами существенно превосходит по эффективности монотерапию метотрексатом

да, утверждение верно

нет, утверждение ложное

Официальное показание для назначения тоцилизумаба:

Ни один из перечисленных выше

Болезнь Крона

Системные васкулиты

Псориатический артрит

Спондилоартриты

Ингибиторы ФНО- α показаны при всех нозологиях, кроме:

Псориатический артрит
Ревматоидный артрит
Системная красная волчанка
Спондилоартриты
Ювенильный идиопатический артрит

Основным препятствием для комбинированной терапии двумя генно-инженерными биологическими препаратами является:

Недостаточная эффективность
Высокая стоимость
Все, перечисленные выше
Нарастание частоты нежелательных явлений
Другие

Об эффективности терапии генно-инженерными биологическими препаратами у пациентов с ревматоидным артритом прежде всего свидетельствует показатель:

Концентрация ревматоидного фактора
Концентрация гемоглобина
Концентрация С-реактивного белка
Стандартизованный индекс активности ревматоидного артрита
Все, перечисленные выше

Эффективность терапии ингибиторами ФНО- α может снижать:

Курение
Истощение
Лихорадка
Умеренное употребление алкоголя
Артериальная гипертензия

Оцените целесообразность назначения генно-инженерных биологических препаратов пациентам с ранним ревматоидным артритом, не получавшим адекватную терапию метотрексатом:

назначение не целесообразно
назначение целесообразно

Исследование минеральной плотности костной ткани (рентгеновская денситометрия) у пациента с первичным остеопорозом на фоне проведения антиостеопоретической терапии рекомендуется проводить:

Каждые 2 года
Каждые 6 месяцев
Каждый год
Каждые 3 года
Каждые 5 лет

У женщины 45 лет развились распространенные боли во многих суставах,

нарушение памяти, недавно перенесла спонтанный аборт. При исследовании сыворотки обнаружено умеренное увеличение титров РФ. При осмотре обращено внимание на умеренно выраженное ожирение, ограничение подвижности суставов при движении, стертый феномен Рейно. Признаков синовита не обнаружено. Для постановки диагноза наиболее полезно:

Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду

Ультразвуковое исследование суставов

Определение антител Jo-1

Определение антимиохондриальных антител

Определение антинуклеарного фактора

К блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов относится:

Абатацепт

Ритуксимаб

Этанерцепт

Тофацитиниб

Тоцилизумаб

Согласно классификации Ассоциации ревматологов России, к числу осложнений ревматоидного артрита НЕ ОТНОСИТСЯ:

Синдром Шегрена

Остеонекроз

Атеросклероз

Системный остеопороз

Для вычисления индекса SDAI используют:

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, боль в мм по ВАШ, СРБ в мг/дл

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в см по ВАШ, СРБ в г/л

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в см по ВАШ, СРБ в мг/дл

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СРБ в г/л

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СРБ в мг/дл

Согласно концепции treat-to-target, в лечении ревматоидного артрита следует стремиться к следующей активности заболевания:

Ремиссия или низкая

Низкая или умеренная

Низкая

Ремиссия

Умеренная

Согласно классификации Ассоциации ревматологов России, ранняя стадия ревматоидного артрита длится:

2 года

6 месяцев

Продолжительность может быть различной

1 год

1,5 года

Для вычисления индекса DAS28 используют:

Число болезненных суставов, число припухших суставов, боль в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка состояния здоровья больным в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число воспаленных суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, СОЭ

К миозит-специфическим антителам относятся:

A-Jo-1

Антитела к гладкой мускулатуре

Антитела к поперечно-полосатой мускулатуре

аДНК

АНФ

К миозит-ассоциированным антителам относятся:

Антитела к гладкой мускулатуре

A-RNP

АЦЦП

Ревматоидный фактор

Антимитохондриальные антитела

Верное утверждение относительно высокого уровня креатинфосфокиназы (КФК):

Может выявляться как при воспалительных миопатиях, так и на фоне приема статинов, у пациентов с наследственными мышечными дистрофиями, у пациентов с нейрональными заболеваниями, у здоровых лиц

Высоко-специфичен для воспалительных миопатий

Обязательный признак дерматомиозита

Коррелирует со степенью выраженности мышечного повреждения у пациентов с

идиопатическими воспалительными миопатиями

Для воспалительных миопатий характерны крайне высокие уровни КФК (выше 30000)

Воспалительные миопатии следует дифференцировать со следующим состоянием:

Со всеми перечисленными состояниями

Гипотиреоидная миопатия

Миастения

Миастения

Боковой амиотрофический склероз

Для дерматомиозита характерно:

В. Сыпь может сопровождаться зудом

А. Фотосенсибилизация

Е. Все перечисленное верно

Б. Частое сочетание заболевания со злокачественными опухолями

Г. Может ассоциироваться с наличием интерстициального поражения легких

Для полимиозита НЕ ХАРАКТЕРНО:

Возможная ассоциация с наличием злокачественного новообразования

Возможно наличие интерстициального поражения легких

Высокий уровень КФК

При проведении МРТ мышц бедер и голеней в режиме T1 выявляется ранняя атрофия и замещение жировой тканью 4-х главных мышц бедер и медиальной головки икроножной мышцы

Возможно наличие интерстициального поражения легких

В отношении эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов представляется верным утверждение:

Внутримышечное введение НПВП обеспечивает более выраженный и длительный обезболивающий эффект, чем пероральный прием

Эффективность локальных форм НПВП (мази, гели, спреи) при ОА коленного сустава в ходе РКИ не доказана

Неселективные НПВП обладают более сильным анальгетическим и противовоспалительным действием, чем коксибы

Длительное регулярное использование НПВП способно замедлять прогрессирование аксиального СПА

Нет данных, подтверждающих зависимость между дозой НПВП и выраженностью обезболивающего и противовоспалительного эффекта

В отношении сравнительной оценки терапевтического потенциала нестероидных противовоспалительных препаратов и парацетамола, верно утверждение:

НПВП и парацетамол обладают одинаковым противовоспалительным действием

Комбинация НПВП и парацетамола способна усиливать анальгетический эффект

По данным РКИ, при ОА обезболивающее действие НПВП и парацетамола не

отличается

Парацетамол является препаратом выбора для контроля боли при АС
НПВП и парацетамол являются эффективными средствами для купирования острого подагрического артрита

В отношении сравнительной оценки терапевтического потенциала нестероидных противовоспалительных препаратов и опиоидов (включая трамадол), верно утверждение:

По данным РКИ, трамадол при ОА более эффективен, чем НПВП

Применение НПВП в комплексном обезболивании больных после эндопротезирования крупных суставов обеспечивает значимое «опиоид-сберегающее» действие

НПВП, в отличие от опиоидов, малоэффективны при онкологической боли

Переносимость опиоидов при ревматических заболеваниях, в сравнении с НПВП, значительно лучше

Нет крупных РКИ, в которых сравнивалась эффективность селективных ЦОГ-2 ингибиторов и трамадола при НБС

Среди препаратов, применяемых для лечения подагры, к увеличению экскреции мочевой кислоты приводит:

Колхицин

Аллопуринол

Бензбромарон

Фебуксостат

Нимесулид

Основным проявлением НПВП-энтеропатии является:

Развитие железодефицитной анемии и гипоальбуминемии при отсутствии эндоскопических признаков серьезного поражения проксимальных (желудок, ДПК) и дистальных (толстая кишка) отделов ЖКТ

Язвы, эрозии и геморрагии верхних отделов ЖКТ

Ректальное кровотечение

Дивертикулит

Боли в животе, метеоризм, диарея

Повышение риска послеоперационных кровотечений при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов обусловлено:

Блокадой ЦОГ-1 в области послеоперационной раны и снижением синтеза цитопротективных простагландинов

Значительным уменьшением боли и повышением двигательной активности больного

Задержкой жидкости, связанной с НПВП-нефропатией

Блокадой ЦОГ-1 зависимого синтеза тромбоксана A2 и снижением агрегации тромбоцитов

Пациентке с остеоартритом, страдающей ишемической болезнью сердца и перенесшей ишемический инсульт, целесообразно назначить:

Пациентке противопоказаны любые НПВП

Мелоксикам

Кетопрофен

Напроксен

Целекоксиб

Оборот койки – это:

Число выбывших больных (выписанных + умерших) / среднегодовое число коек

Средняя длительность пребывания больного на койке/ средняя занятость койки

Число койко-дней, проведенных больным в течение года в стационаре/ Средняя длительность пребывания больного на койке

Среднегодовая занятость (работа) больничной койки – это:

Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре / среднегодовое число коек

Число койко-дней, проведенных больным в течение года в стационаре /средняя длительность пребывания больного на койке

Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусмотрен вид медицинского страхования:

Дополнительное медицинское страхование

Смешанное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование

Руководитель медицинской организации имеет право (обязан) предоставить выписку из медицинской карты пациента без его согласия в следующем случае:

При обращении законного представителя пациента

По запросу суда

По запросу сотрудника органов МВД

Выдача медицинских карт на руки пациенту возможна:

С разрешения заведующего отделением

С разрешения лечащего врача

С разрешения главного врача учреждения

В отношении беременности при ревматоидном артрите верно следующее утверждение:

Фертильность у больных РА не страдает.

К III триместру беременности большинство беременных с РА имеют полную ремиссию заболевания и не принимают лекарственные препараты.

С окончанием беременности у 90% больных в течение первых трех-четырех месяцев наблюдается обострение РА

Наличие эндопротеза тазобедренного сустава является противопоказанием для планирования беременности.

Родоразрешение беременной с РА проводится через естественные родовые пути.

У больной достоверной системной красной волчанкой и ремиссией заболевания в течение последнего года на фоне приема 7,5мг/сут преднизолона и 200мг/сут гидроксихлорохина выявлена беременность ранних сроков. Выберите верную рекомендацию:

Отменить гидроксихлорохин.

Отменить преднизолон.

Прервать беременность.

Продолжить проводимую терапию.

Увеличить дозу преднизолона.

Женщина, 25 лет, с достоверной СКВ и поражением почек в анамнезе с суточной протеинурией до 3г пришла на консультацию в связи с планированием беременности. Какое из следующих утверждений является наиболее верным?

Б. Наличие волчаночного нефрита в анамнезе увеличивает риск развития преэклампсии.

А. Течение СКВ в период беременности аналогично течению заболевания, предшествующему наступлению гестации.

В. Наличие волчаночного нефрита в анамнезе является противопоказанием для беременности.

Г. Поражение почек должно быть в ремиссии в течение 2-х месяцев до зачатия.

Д. Наступление беременности требует увеличения дозы глюкокортикоидного препарата, принимаемого внутрь.

Какой из перечисленных анализов во время беременности наиболее вероятно подтверждает обострение волчаночного нефрита в 3-ем триместре беременности?

Г. суточная протеинурия

Б. креатинин крови

А. а-нДНК

В. повышение СРБ

Д. С3- и С4- фракции комплемента

Какой из иммунологических показателей ассоциируется с развитием неонатальной волчанки у плода беременной с системной красной волчанкой?

La/SSB-антитела

высокие а-нДНК

Волчаночный антикоагулянт

Sm-AT

Антикардиолипиновые антитела

Для неонатальной волчанки справедливо все, кроме:

Б. Основными клиническими проявлениями являются поражение кожи и/или

сердца.

Г. Поражение кожи может проявляться при рождении и до 2-го месяца жизни ребенка.

А. Обусловлена трансплацентарной передачей материнских антител.

В. Диагностируется только при рождении ребенка.

Д. Частота развития полной атриовентрикулярной блокады сердца у новорожденных от матерей, позитивных по Ro/SSA-антителам, составляет 1-3%.

В отношении применения нестероидных противовоспалительных препаратов при беременности и лактации верно следующее:

Противопоказаны во 2-ом триместре беременности.

Использование в 3-ем триместре вызывают легочную гипертензию у новорожденного.

Не влияют на развитие беременности и течение родов.

НПВП могут влиять на фертильность.

Прием матерью НПВП не совместим с кормлением грудью.

В отношении применения базисных противовоспалительных препаратов при беременности верно следующее:

Азатиоприн противопоказан при беременности.

Гидроксихлорохин не повышает риск выкидыша, врожденных пороков плода, неблагоприятных исходов беременности.

Микофенолата мофетил должен отменяться не менее чем за 3 месяца до планируемой беременности.

Прием сульфалазина в течение беременности не представляет опасности для плода.

Цель хирургического лечения суставов при ревматоидном артрите:

предотвратить инвалидизацию пациента

добиться ремиссии заболевания

восстановить функцию сустава

предотвратить деструкцию сустава

уменьшить дозу глюкокортикоидов

Противопоказанием к эндопротезированию суставов является:

наличие инфекции

А возраст старше 80 лет

анемия

умеренная гипертензия

При определении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE перед эндопротезированием суставов, не учитывается:

пол

уровень артериального давления

возраст

сахарный диабет

уровень холестерина

Следует ли отменять аспирин больным с умеренными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний перед эндопротезированием суставов?

следует отменить аспирин за 2 дня до операции

отменять аспирин не следует

следует отменить аспирин за 10 дней до операции

Необходимые действия после операции эндопротезирования:

бинтование нижних конечностей или специальный трикотаж до снятия швов

бинтование нижних конечностей или специальный трикотаж в течение 60-90 дней

бинтование нижних конечностей или специальный трикотаж в течение 30 дней

Для профилактики венозных тромбозов сразу после операции используется лекарственный препарат, не требующий лабораторного контроля:

варфарин

гепарин

дабигатрана этексилат

Медикаментозную профилактику венозных тромбозов дабигатраном этексилатом (продакса) или ривароксабаном (ксарелто) после эндопротезирования суставов необходимо проводить:

90 дней

до снятия швов

35 дней

Выберите нестероидный противовоспалительный препарат, не влияющий на функцию тромбоцитов и не увеличивающий риск послеоперационных кровотечений:

вольтарен

нимесулид

целебрекс

мелоксикам

Какая доза пероральных глюкокортикоидов в пересчете на преднизолон является безопасной при проведении эндопротезирования суставов?

15 мг

20 мг

10 мг

Пациенту с ревматоидным артритом, получающему метотрексат, в периоперационном периоде рекомендовано:

увеличить дозу метотрексата перед операцией и снизить ее в послеоперационном периоде

отменить метотрексат и возобновить прием через 2 недели после операции

не отменять метотрексат

Пациенту с ревматоидным артритом, получающему лефлуномид, в периоперационном периоде рекомендовано:

продолжить перед эндопротезированием суставов

отменить перед эндопротезированием суставов

отменить перед небольшими операциями на суставах

Пациенту с ревматоидным артритом, получающему сульфасалазин и гидроксихлорохин, в периоперационном периоде рекомендовано:

отменить гидроксихлорохин

отменить оба препарата

отменить сульфасалазин

не отменять препараты

Рекомендации в периоперационном периоде при недостаточной эффективности перорального приема метотрексата в дозе 15 мг в неделю :

отменить метотрексат

увеличить дозу перорального метотрексата за 3 месяца до операции

добавить сульфасалазин и гидроксихлорохин и

назначить подкожное введение метотрексата в той же дозе

Особенности периоперационного ведения пациента, получающего инфликсимаб:

отменить введение инфликсимаба за 4 недели до операции и возобновить после снятия швов

продолжить введение инфликсимаба в прежнем режиме

уменьшить дозу инфликсимаба

отменить введение инфликсимаба за 8 недель до операции и возобновить через 4 недели после операции

Сроки проведения эндопротезирования суставов у пациентов, получающих ритуксимаб:

проведение эндопротезирования возможно через 24 недели после последней инфузии ритуксимаба

проведение эндопротезирования возможно через 4 недели после последней инфузии ритуксимаба

проведение эндопротезирования возможно через 12 недель после последней инфузии ритуксимаба

проведение эндопротезирования невозможно

проведение эндопротезирования возможно в любое время

Возобновление терапии ритуксимабом после эндопротезирования суставов, при условии отсутствия инфекции, возможно:

через 4 недели после операции

через 2 месяца после операции

через 3 месяца после операции
через 6 месяцев после операции
терапия не должна быть прекращена на периоперационный период

Остеопороз в общемедицинской практике рассматривается как:

- В. Коморбидное состояние
- А. Осложнение хронического заболевания
- Д. Все ответы верны
- Б. Самостоятельное заболевание
- Г. Мультифакториальное заболевание

Характерным клиническим проявлением остеопороза является:

- Г. Перелом
- А. Снижение роста
- Б. Снижение индекса массы тела
- В. Утомляемость
- Д. Малоподвижный образ жизни

Длительный прием следующих лекарственных средств НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ как фактор риска остеопороза и переломов:

- Бета-блокаторов
- Глюкокортикоидов
- Низких доз цитостатиков
- Психотропных
- Высоких доз цитостатиков

Для определения физиологического процесса, направленного на поддержание прочности костной ткани и обеспечение ее минерализации, используется специальный термин:

- Моделирование костной ткани
- Ремоделирование костной ткани
- Формирование костной ткани
- Резорбция костной ткани
- Все ответы верны

В формировании костной ткани участвуют:

- Остеобласты
- Остеоциты
- Остеокласты
- Моноциты
- Фибробласты

Прием глюкокортикоидов при ревматических заболеваниях:

- Снижает минеральную плотность кости и повышает риск развития переломов
- Снижает минеральную плотность кости, но не повышает риск развития переломов

Повышает минеральную плотность кости и повышает риск развития переломов
Повышает минеральную плотность кости, но не повышает риск развития переломов
Не оказывает влияния на минеральную плотность кости и риск развития переломов

Какая доза глюкокортикоидов при приеме более 3 месяцев рассматривается как безопасная и не сопровождается развитием остеопороза?

Не существует безопасной дозы ГК

2,5 мг\сутки

от 2,5мг\сутки до 5 мг\сутки

от 5мг\сутки до 7,5мг\сутки

Более 7,5мг\сутки

Системная красная волчанка с наибольшей частотой развивается у:

Детей в возрасте до 10 лет

Женщин в возрасте 20-40лет

Подростков в возрасте 14-17 лет

Женщин в возрасте старше 40 лет

Мужчин в возрасте 20-40 лет

Частота развития системной красной волчанки в популяции:

50 - 200 случаев на 100.000 населения

Орфанное заболевание

Менее 5 случаев на 100.000 населения

10-15 случаев на 100.000 населения

500 случаев на 100.000 населения

К диагностическим критериям системной красной волчанки относятся все, кроме:

Фотосенсибилизации

Синдрома Рейно

Артрита

Поражения почек

Полисерозита

У больных системной красной волчанкой активность заболевания может ассоциироваться со всеми лабораторными нарушениями, кроме:

Лимфоцитоз

Тромбоцитопения

Ускорение СОЭ

Анемия

Высокие уровни антикардиолипидных антител

Все нижеперечисленные препараты включены в рекомендации EULAR (2007г) по лечению больных системной красной волчанкой, кроме:

Сульфасалазин

Гидроксихлорохин

Циклофосфамид
Метотрексат
Ацетилсалициловая кислота

Редким осложнением терапии циклофосфамидом является:

Инфекционные осложнения
Гонадотоксичность
Язвенный стоматит
Желудочно-кишечная токсичность
Алопеция

Для поражения суставов при системной красной волчанке характерно:

Двусторонний сакроилеит
Быстрое развитие эрозивного процесса
Симметричный артрит мелких суставов кисти с редким развитием эрозивного процесса
Стойкий несимметричный артрит крупных суставов
Артрит грудино-ключичных сочленений

Частота развития нефрита у больных системной красной волчанкой:

Менее 10%
35-90%
15-20%
40-60%
100%

Основными препаратами в лечении системной красной волчанки являются:

Глюкокортикоиды и аминохинолиновые препараты
Глюкокортикоиды и антибактериальные препараты
Глюкокортикоиды и генно-инженерные биологические препараты
Цитостатики
Ингибиторы АПФ

Цитопения, как нежелательное явление, характерна для всех групп препаратов, кроме:

Азатиоприн
Циклофосфамид
Глюкокортикоиды и
Аминохинолиновые препараты
Микофенолата мофетил

Лейкоцитоз, как нежелательное явление, характерен для:

Глюкокортикоидов
Циклофосфамида
Аминохинолиновых препаратов

Микофенолата мофетила
Азатиоприна

Ретинопатия, как нежелательное явление, характерна для:

Глюкокортикоидов
Аминохинолиновых препаратов
Циклофосфамида
Микофенолата мофетила
Азатиоприна

Геморрагический цистит, как нежелательное явление, характерен для:

Микофенолата мофетила
Глюкокортикоидов
Циклофосфамида
Аминохинолиновых препаратов
Азатиоприна

Ложное утверждение в отношении синдрома Фелти:

Развивается как у мужчин, так и у женщин
Может развиваться гепатомегалия
Серопозитивный вариант ревматоидного артрита
Серонегативный вариант ревматоидного артрита
Лейкопения может рецидивировать после спленэктомии

Двусторонний сакроилеит не развивается при:

Параплегии
Синдроме Рейтера
Псориазе
Ювенильном хроническом артрите
Анкилозирующем спондилоартрите

Инфекционные артриты могут быть обусловлены:

Yersinia enterocolitica
Salmonella typhimurium
Shigella flexneri
Всеми вышеперечисленными агентами
Chlamidia trachomatis

Что из ниже перечисленного не характерно для остеоартрита:

Деформация суставов
Ограничение подвижности суставов
Механический тип болей
Ухудшение общего состояния пациентов
Преимущественно поражение опорных суставов

Помимо увеита, псориаза и воспалительных заболеваний кишечника, к внескелетным проявлениям анкилозирующего спондилита относятся:

НПВП-гастропатия
Остеопороз
Амилоидоз
IgA-нефропатия

Наиболее частым диагнозом у больных с анкилозирующим спондилитом до установления правильного диагноза является:

Спондилез
Остеохондроз
Дорсопатия
Реактивный артрит

В настоящее время для диагностики воспалительной боли в спине используют критерии:

Калин (Calin)
Европейской группы ESSG
Экспертов ASAS
Берлинские

Укажите признак, который не входит в критерии экспертов ASAS для воспалительной боли в спине:

Постепенное начало боли в позвоночнике, в возрасте до 40 лет
Утренняя скованность
Отсутствие улучшения после отдыха
Ночная боль

Для диагностики анкилозирующего спондилита используются критерии:

Экспертов ASAS
Римские
Модифицированные Нью-Йоркские
Нью-Йоркские

Укажите отличие индекса BASDAI от ASDAS:

При расчете BASDAI учитывается длительность заболевания, а для расчета ASDAS - нет
При расчете BASDAI требуется СРБ или СОЭ, а для расчета ASDAS - нет
При расчете ASDAS требуется СРБ или СОЭ, а для расчета BASDAI - нет
При расчете ASDAS учитывается возраст больного, а для расчета BASDAI - нет

Укажите режим магниторезонансной томографии, являющийся оптимальным для выявления жировой дистрофии костной ткани, характерной для спондилоартритов:

T2 с подавлением жира

T1 с контрастированием гадолинием

T1

T2

STIR

Укажите наиболее доступный метод исследования, который позволяет диагностировать перелом тела позвонка:

Рентгеноморфометрия грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции

Рентгенография позвоночника в прямой проекции

Остеоденситометрия позвоночника

MPT позвоночника

КТ позвоночника

Программа FRAX используется для:

Выбора тактики ведения пациента у пациента с малотравматичным переломом

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Постановки диагноза остеопороза у больных старше 65 лет

Прогнозирования вероятности остеопоротических переломов у женщин в постменопаузе

У молодых женщин и мужчин для выявления факторов риска перелома

Денситометрия для мониторинга терапии остеопороза стандартно выполняется по следующим точкам:

Поясничный отдел позвоночника в переднезадней проекции и дистальный отдел предплечья

Поясничный отдел позвоночника в переднезадней проекции и проксимальный отдел бедренной кости

Все кости скелета

Поясничный отдел позвоночника в боковой проекции и проксимальный отдел бедренной кости

Проксимальный отдел бедренной кости и дистальный отдел предплечья

При синдроме де Кервена развивается тендовагинит:

длинной отводящей и короткой разгибающей большой палец мышц

короткой отводящей и короткой разгибающей большой палец мышц

короткой отводящей и длинной разгибающей большой палец мышц

При адгезивном капсулите плеча в наибольшей степени ограничивается:

приведение руки

внутренняя ротация

наружная ротация

отведение руки

При синдроме тарзального канала парестезии и боли локализуются:

в подошвенной части стопы
в области 1-3 пальцев стопы
в латеральном отделе стопы
в области тыла стопы

При тендовагините сухожилий сгибателей и задней большеберцовой мышцы боли локализуются в области:

средней трети стопы
латеральной лодыжки
медиального отдела пятки
медиальной лодыжки

При тендините малоберцовых мышц боли могут локализоваться:

в области медиальной лодыжки
в области пятки
в латеральной части нижней трети голени и
в области голеностопного сустава

Тендовагинит сгибателей стопы сопровождается болями:

в среднем отделе стопы
в области медиальной лодыжки и
в переднем отделе стопы и
в области латеральной лодыжки

Согласно классификационным критериям ревматической полимиалгии, к числу обязательных критериев относятся:

Возраст 50 лет или старше и
Двусторонние ноющие боли в области плечевого пояса и
Повышение уровня СРБ и/или СОЭ
Боли в области тазобедренных суставов или ограничение их подвижности

Характерными признаками раннего ревматоидного артрита являются:

симметричное поражение суставов кистей
воспаление проксимальных межфаланговых суставов
воспаление лучезапястных суставов
воспаление дистальных межфаланговых суставов

Согласно критериям ACR 1987 г., рентгенологическими критериями ревматоидного артрита являются:

анкилоз
сужение щелей суставов
околосуставной остеопороз и
эрозии костей
остеофиты

В число классификационных критериев ревматоидного артрита ACR 1987 г. входят:
артрит 3 и более суставных областей и
артрит суставов кистей и
ревматоидные узелки и
ревматоидный фактор
повышение острофазовых показателей

Согласно рекомендациям экспертов EULAR, неблагоприятными прогностическими факторами при ревматоидном артрите являются:

наличие РФ и АЦЦП и
сохранение на фоне лечения высокой или умеренной активности и
раннее появление эрозий
мужской пол
начало заболевания в пожилом возрасте

Если больной на момент осмотра не соответствует классификационным критериям РА ACR/EULAR, то диагноз РА может быть подтвержден при наличии:

РФ и АЦЦП
РФ
типичных для РА эрозивных изменений суставов
АЦЦП

Если число пораженных суставов не более 10, то, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR, учитываются изменения:

крупных и мелких суставов
мелких суставов
крупных суставов
крупных или мелких суставов

Согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR, в число мелких суставов входят:

пястнофаланговые и
лучезапястные и
проксимальные межфаланговые суставы
дистальные межфаланговые суставы кистей
локтевые

Согласно классификационным критериям остеоартрита суставов кистей в число 10 оцениваемых суставов входят:

дистальные межфаланговые суставы и первый запястно-пястный сустав большого пальца обеих кистей
2 и 3 дистальные 2 и 3 проксимальные межфаланговые суставы и первый запястно-пястный сустав большого пальца обеих кистей
2 и 3 дистальные межфаланговые, 2 и 3 пястнофаланговые суставы и первый запястно-пястный сустав большого пальца обеих кистей

Боли и парестезии при синдроме кубитального канала локализуются в области:

ладонной поверхности 4-5 пальцев кисти
предплечья и 1-4 пальцев кисти
1-4 пальцев кисти
4-5 пальцев кисти

Боли и парестезии в области 1-4 пальцев кисти обусловлены синдромом:

канала Гийона
кубитального канала
карпального канала

Характерным признаком латерального эпикондилита является:

Боли в области латерального надмыщелка плечевой кости при сгибании кисти и пронации предплечья
Боли в области латерального надмыщелка плечевой кости при сгибании кисти и супинации предплечья
Припухлость в области латерального надмыщелка плечевой кости
Боли в области латерального надмыщелка плечевой кости при разгибании кисти и супинации предплечья
Боли в области латерального надмыщелка плечевой кости при разгибании кисти и пронации предплечья

Формирование феномена «щелкающего пальца» связано

С хроническим артритом суставов кисти
С локальным утолщением сухожилия при тендовагините
С дактилитом
С образованием узлов Гебердена
С образованием узлов Бушара

Показанием для внутрисуставного введения глюкокортикоидов при остеоартрите является:

Наличие экссудативных изменений
Наличие интенсивной боли в суставе, не купирующейся НПВП
Формирование контрактуры
Изменение оси сустава
Быстро прогрессирующее сужение суставной щели

Внутрисуставное введение глюкокортикоидов больным с хроническим артритом показано в следующей ситуации:

Наличие боли и припухлости сустава
Ограничение подвижности сустава
Нарушение стабильности сустава
Появление признаков деструкции сустава
Боль и ограничение подвижности сустава

Абсолютным противопоказанием для внутрисуставного введения лекарственных препаратов является:

- Невоспалительный характер боли
- Сахарный диабет
- Угроза инфицирования сустава
- Артериальная гипертензия
- Деформация сустава

Препарат глюкокортикоида при заболевании околосуставных мягких тканей следует ввести:

- В непосредственной близости от воспаленного сухожилия
- Вблизи места прикрепления сухожилия
- В воспаленное сухожильное влагалище или синовиальную сумку
- Непосредственно в ткань воспаленного сухожилия
- В непосредственной близости от воспаленного сухожильного влагалища или синовиальной сумки

Болевой синдром при заболеваниях околосуставных мягких тканей обусловлен:

- Воспалением синовиальных структур
- Микроразрывами сухожильных волокон
- Растяжением сухожилий
- Дегенерацией сухожилия
- Отеком костного мозга в области сухожильных энтезисов

Что относится к «большим» диагностическим Duke-критериям инфекционного эндокардита?

- Б. Позитивная гемокультура
- А. Лихорадка
- В. Лейкоцитоз
- Г. Узелки Ослера
- Д. Спленомегалия

Минимальный послеоперационный срок, в течение которого требуется антибиотикопрофилактика инфицирования суставных протезов при проведении медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией, составляет:

- Г. 10 лет
- А. 1 год
- Б. 2 года
- В. 5 лет
- Д. все перечисленное неверно

Выберите верное утверждение:

- Вакцинацию против туберкулеза следует проводить до назначения ГИБП.

Иммунизация пневмококковой вакциной возможна у больных РА с активным воспалительным процессом

Вакцинацию против гриппа можно проводить через 1 мес. от начала терапии ритуксимабом

Непереносимость пенициллиновых антибиотиков является противопоказанием для применения вакцины Гриппол

Лечение метотрексатом значительно снижает постиммунизационный ответ на вакцину против гриппа

Что является неверным для тоцилизумаба

А. Повышение риска развития инфекции

Г. Структура инфекционных осложнений существенно отличается от таковой при лечении иФНО-альфа

Б. Вероятно развитие туберкулеза

В. Стертость клинической симптоматики инфекции

Д. Все перечисленное неверно

Какие вакцины показаны больным РА, получающим ГИБП?

А. Против бешенства

Б. Против пневмококковой инфекции

В. Против краснухи

Г. Против эпидемического паротита

Д. Все перечисленное верно

Какой цитокин считается ключевым в развитии идиопатического панникулита Вебера-Крисчена?

Б. ИЛ-6

Г. ИЛ-1

А. ИЛ-2

В. α -ФНО

Д. гамма-интерферон

Синдром Рейно ассоциируется с:

Б. Вибрационной болезнью

В. Табакокурением

А. Системной склеродермией

Д. Все перечисленное

Г. Химиотерапией опухолей

Синдром мальабсорбции при системной склеродермии развивается вследствие:

А. Снижения экзокринной функции поджелудочной железы

Б. Гипокинезии кишечника

В. Дискинезия желчевыводящих путей.

Г. Появления псевдодивертикулов

Д. Все перечисленное

При Эхо-КГ у больных системной склеродермией чаще выявляется:

- В. Вегетации на створках аортального клапана.
- Г. Уплотнение аортального клапана
- А. Дилатация левого предсердия.
- Б. Диастолическая дисфункция левого желудочка
- Д. Стеноз митрального клапана.

Целью психологической диагностики при РЗ являются все нижеперечисленные, кроме:

- А. Определение типа предрасположения (аффективности) и связанных с ним структурных особенностей РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра) для разработки дифференцированного подхода к терапии
- Г. Диагностика ПР (психических расстройств)
- Б. Выявление стрессовых факторов, способствующих обострению РЗ и РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра)
- В. Диагностика КН (когнитивных нарушений)
- Д. Разработка основных направлений психотерапевтической тактики для улучшения адаптации и предупреждения обострений РЗ и РТДС

Женщина 42 лет, болеет СКВ в течение 3 лет, предъявляет жалобы на постоянное, длящееся более 2 лет снижение активности, потерю уверенности в себе, чувства удовольствия от обычных занятий, частую слезливость, потерю аппетита, бессонницу, затруднение концентрации внимания. Какое из нижеперечисленных психических расстройств в данном случае представляется Вам наиболее верным?

- В. Дистимия
- А. Единичный депрессивный эпизод
- Б. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод
- Г. Генерализованное тревожное расстройство
- Д. Расстройство адаптации

33-летний мужчина болен РА в течение 2 лет. Предъявляет жалобы на головокружение, потливость, сердцебиения, сухость во рту, боли в желудке, а также беспричинное беспокойство, нервозность, неспособность расслабиться, опасения в том, что совершится что-либо ужасное, нарушение концентрации внимания. При осмотре - суетлив, отмечается легкий тремор кистей. Данное состояние длится около 2 месяцев. Наиболее вероятное психическое расстройство:

- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод
- Дистимия
- Единичный депрессивный эпизод
- Генерализованное тревожное расстройство
- Расстройство адаптации

54-летняя женщина больна РА в течение 3 лет. Четыре года назад перенесла смерть мужа. В последние 3 недели отмечает угнетенное тоскливое настроение,

потерю интересов и чувства удовольствия; чувство вины и самоуничижения, пессимизм и безнадежность, потерю уверенности в себе, выраженную усталость, бессонницу, снижение аппетита. Наиболее вероятное психическое расстройство:
Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод
Единый депрессивный эпизод
Дистимия
Генерализованное тревожное расстройство
Расстройство адаптации

Женщина 56 лет страдает болезнью Шегрена в течение 7 лет. В клинической картине преобладает сухость слизистых оболочек полости рта и сниженное слезообразование. При обследовании у психиатра выявлено рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод, требующий назначения психофармакотерапии. Какие из нижеперечисленных психотропных препаратов наиболее вероятно вызовут осложнения, усугубляющие клинические проявления болезни Шегрена и, в связи с этим, их не следует назначать данной пациентке?

- В. Амитриптилин
- А. Сертралин
- Б. Миансерин
- Г. Флупентиксол
- Д. Эглонил

Значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена обусловлено:

- Полинейропатией
- Опухолью желудка
- Пневмонией
- Аутоиммунной тромбоцитопенией
- Интерстициальным поражением легких

Вид анемии, наиболее часто встречающийся при болезни Шёгрена:

- Анемия хронического воспаления
- Железодефицитная анемия
- Апластическая анемия
- Пернициозная анемия
- Гемолитическая анемия

Какое нарушение в биохимических исследованиях наиболее часто встречается при болезни Шёгрена?

- А. Повышение уровня трансаминаз
- В. Гипергаммаглобулинемия
- Б. Повышение уровня мочевой кислоты
- Г. Высокие уровни креатинина
- Д. Низкие уровни железа

Больной поступает в стационар с жалобами: на массивное увеличение в поднижнечелюстных областях, значительное увеличение языка и изменение в голосе. Какое заболевание следует предположить при таком симптомокомплексе?

- А. Рак языка
- Д. AL- амилоидоз
- Б. Акромегалию
- В. Лимфому поднижнечелюстных слюнных желёз
- Г. Недоразвитие костей черепа

В каких случаях болезни Шёгрена, не связанных с приемом лекарственных препаратов, могут встречаться умеренные признаки холестаза?

- А. Наличие синдрома Жильбера
- Г. Билиарные поражения желчных протоков
- Б. Желчекаменная болезнь
- В. Атрофический гастрит
- Д. Наличие хронического панкреатита

Какой иммунологический показатель всегда будет определяться при болезни Шёгрена?

- В. АНФ
- А. СРБ
- Б. РФ
- Г. Криоглобулины
- Д. Ро/Ла антитела

Наиболее часто при болезни Шёгрена повышаются следующие уровни поликлональных иммуноглобулинов:

- IgG
- IgM
- IgA
- IgA+ IgG
- IgG+IgM

Повышение какого класса или подкласса иммуноглобулинов является прогностически неблагоприятным признаком при болезни Шёгрена?

- IgA
- IgM
- IgG
- IgE
- IgG4

С какой частотой при болезни Шёгрена выявляются моноклональные Ig или их легкие цепи при иммунохимическом исследовании сыворотки крови и мочи?

- 15-20%
- 1-2%

3-5%
5-10%
10-15%

Развитию ревматологических заболеваний нередко предшествует:

Плазматические дискразии (миелома, макроглобулинемия Вальденстрема)
Лимфома маргинальной зоны
В-крупноклеточная лимфома
Болезнь Ходжкина
Т-клеточная лимфома

Какие типы лимфом часто развиваются при болезни Шёгрена при наличии высоких титров ревматоидного фактора в течение длительного периода времени?

Множественная миелома
Диффузные В-крупноклеточные лимфомы
Лимфомы маргинальной зоны лимфоузлов (в том числе MALT-типа)
Макроглобулинемия Вальденстрема
Лимфома зоны мантии

Какой вариант лимфопролиферации развивается у больных болезнью Шегрена, серонегативных по ревматоидному фактору или ставших серонегативными в какой-то период обследования?

MALT-лимфомы слюнных желёз
Различные варианты миеломной болезни
Макроглобулинемия Вальденстрема
Болезнь Ходжкина
Фолликулярная лимфома

При каком ревматологическом заболевании существует наиболее высокий риск развития В-клеточных лимфом?

Г. Болезнь Шёгрена
А. Ревматоидный артрит
Б. Системная красная волчанка
В. Дерматополимиозит
Д. Системная склеродермия

Введения высоких доз внутривенных иммуноглобулинов используются в следующих случаях аутоиммунной тромбоцитопении:

Снижение уровня тромбоцитов $< 20 \times 10^9/\text{л}$
Снижение уровня тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$
Снижение уровня тромбоцитов $< 10 \times 10^9/\text{л}$
Снижение уровня тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$ + несколько локализаций кровотечений
Снижение уровня тромбоцитов $< 50 \times 10^9/\text{л}$ + носовые кровотечения

Наиболее специфичными признаками болезни/синдрома Шёгрена являются

следующие морфологические изменения в биоптатах слюнных и слёзных желёз:

Лимфоэпителиальное поражение

Лимфогистиоцитарная инфильтрация

Лимфоидная инфильтрация

Плазматическая инфильтрация

Гранулематозные изменения

68- летняя пациентка с жалобами на впервые возникшую правостороннюю пульсирующую головную боль, усиливающуюся при жевании. Наибольший риск возникновения при отсутствии адекватного лечения имеет:

Тромбоз сосудов кишечника

Острый инфаркт миокарда

Тригеминит

Слепота

Ишемический инсульт

У 57-летней пациентки с односторонней головной болью и потерей зрения выполнена биопсия височной артерии. Ожидаемое заключение морфологического исследования:

Васкулит артерии среднего калибра с фибриноидным некрозом

Гранулематозный васкулит крупного сосуда с фиброзом интимы

Сегментарный артериит с присутствием гигантских клеток и фрагментацией внутренней эластичной пластинки

Эозинофильный васкулит сосудов мелкого калибра

Трансмуральный васкулит артерии среднего калибра

34-летняя пациентка с жалобами на выраженную слабость, отсутствие аппетита, лихорадку до 38 С, боли в левой руке и левой половине шеи, нечеткость зрения. При обследовании выявлено снижение пульсации на левой лучевой артерии и низкое артериальное давление на левой руке. Ожидаемые морфологические изменения в пораженной артерии:

Некротизирующее воспаление с пристеночным тромбозом

Некротизирующее воспаление с инфильтрацией эозинофилами

Сегментный некроз

Гранулематозное воспаление

Гранулематозное воспаление и положительная реакция Вассермана

4-летний ребенок со стойкой лихорадкой 40 С, продолжающейся в течение недели, лимфаденопатией шейных лимфатических узлов, двусторонним конъюнктивитом, эритемой на ладонях и подошвах стоп. В пользу диагноза болезнь Кавасаки дополнительно будет свидетельствовать:

Некротическая ангина

Малиновый язык

Крапивница

Везикулярные высыпания

Артрит

4- летний ребенок со стойкой лихорадкой 40 С, продолжающейся в течение недели, лимфаденопатией шейных лимфатических узлов, двусторонним конъюнктивитом, эритемой на ладонях и подошвах стоп. Для подавления воспалительной активности и снижения риска тромбоза в первую очередь следует назначить:

Варфарин
Аспирин
Гепарин
Преднизон
Циклофосфан

54- летний пациент, 4 месяца назад перенесший острый гепатит В, отметил ухудшение самочувствия с лихорадкой 38,5 С, снижением массы тела, выраженными болями в икроножных мышцах. При обследовании креатинин крови 218 мкмоль/л, гиперпродукция АНЦА отсутствует. Вероятный диагноз:

Микроскопическое полиангиит
Криоглобулинемический васкулит
Полимиозит
Узелковый полиартрит
IgA- васкулит

54- летний пациент, 4 месяца назад перенесший острый гепатит В, отметил ухудшение самочувствия с лихорадкой 38,5 С, снижением массы тела, выраженными болями в икроножных мышцах. При обследовании креатинин крови 218 мкмоль/л, гиперпродукция АНЦА отсутствует. Выберите осложнение, риск развития которого является максимальным:

Полиурия
Глюкозурия
Артериальная гипертензия
Никтурия
Нефротический синдром

48- летний пациент, недавно перенесший пневмонию, отметил ухудшение самочувствия, общую слабость, снижение массы тела, эпизоды кровохарканья, присоединение геморрагических высыпаний на нижних конечностях, парестезий в руках и ногах. Артериальное давление 120/ 80 мм рт ст. Наиболее вероятный диагноз:

Узелковый полиартрит
Микроскопический полиангиит
Подострый септический эндокардит
Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
IgA васкулит (Шенлейна- Геноха)

У 42-летней пациентки, с подросткового возраста страдающей бронхиальной астмой, в течение последних 2 месяцев на фоне усиления одышки и кашля появились общая слабость, субфебрилитет, снижение массы тела на 5 кг, артралгии, миалгии, чувство онемения в правой кисти, затем в левой кисти и правой стопе. При обследовании СОЭ 65 мм/ч, Нв 132 г/л, лейкоциты 14×10^9 , эозинофилия 24%, протеинурия 1,2 г/л, эритроцитурия 40 в поле зрения, креатинин сыворотки крови 142 мкмоль/л, СРБ 16 мг/л, АНЦА со специфичностью к миелопероксидазе. При рентгенографии грудной клетки выявлены двусторонние инфильтраты. Наиболее вероятный диагноз:

Бронхолегочной аспергиллез

Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом

Синдром эозинофилии-миалгии

Саркоидоз

Хронический эозинофильный лейкоз

Синдрому Когана соответствует утверждение:

Воспалительное поражение глаз (интерстициальный кератит, увеит, эписклерит) и заболевание органа слуха (нейросенсортная тугоухость, вестибулярные нарушения) с возможным артериитом.

Прогрессирующее снижение функции почек в сочетании с патологией органа слуха (неврит слухового нерва) и глаз (хрусталика, роговицы, сетчатки).

Васкулит артерий или вен любого калибра в единственном органе, который не имеет признаков системного васкулита.

Рецидивирующие афтозные изъязвления слизистой рта и половых органов, сопровождающиеся поражением кожи, глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта, нервной системы.

Васкулит, ассоциирующийся с поражением глаз (передний лентиконус, билатеральные перимакулярные изменения) и органа слуха с вестибулярными нарушениями.

Согласно рекомендациям EULAR (2010 и 2013) и APP (2014), основная цель фармакотерапии ревматоидного артрита:

Достижение ремиссии (или низкой активности) болезни

Уменьшение болей и улучшение функции суставов

Снижение риска коморбидных заболеваний

Сохранение трудоспособности

Согласно рекомендациям APP (2014), терапию базисными противовоспалительными препаратами при ревматоидном артрите следует назначать:

Только при неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов

Только при отсутствии коморбидных заболеваний

Только при постановке достоверного диагноза РА, согласно критериям ACR (1987 г.)

Как можно раньше, даже при подозрении на возможность развития РА

Препаратом «первого» ряда для лечения ревматоидного артрита является:

Лефлуномид

Гидроксихлорохин

Ингибиторы фактора некроза опухоли (инфликсимаб, голимумаб, этанерцепт, адалимумаб, цертолизумаба пэгол)

Метотрексат

Другие

Тактика назначения метотрексата при ревматоидном артрите:

Начинать с 10-15 мг/неделя и быстро увеличивать (по 5 мг/неделя) до 25-30 мг/неделя

Начинать с дозы не более 5 мг/неделя и медленно повышать до максимально допустимой (не более 15 мг/неделя)

Начинать с 5 мг/неделя и постепенно (по 5 мг/неделя) увеличивать до 15 мг/неделя

Начинать с дозы 25 мг/неделя с постепенным снижением до 15 мг/неделя

Назначение метотрексата сочетают с назначением:

Фолиевой кислоты

Кальция и витамина D

Витамина B12

Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот

Какие лабораторные исследования надо обязательно провести перед назначением метотрексата?

А. Определение ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному белку

Д. Другие исследования

Б. Общий анализ крови и С-реактивный белок

В. Общий анализ крови, печеночные ферменты, креатинин

Г. Антинуклеарный фактор, маркеры вируса гепатита В и С

Согласно рекомендациям АРР, как следует изменить тактику лечения при недостаточной эффективности таблетированной формы метотрексата в дозе 15 мг/нед?

А. Отменить метотрексат, назначить лефлуномид

В. Назначить подкожную форму метотрексата в той же дозе

Б. Продолжить лечение метотрексатом, назначить сульфасалазин

Г. Отменить метотрексат, назначить инфликсимаб

Д. Продолжить лечение метотрексатом назначить глюкокортикоиды перорально в дозе 30 мг/день

Какие нежелательные реакции наиболее часто являются причиной прерывания лечения метотрексатом?

Б. Повышение артериального давления

- Г. Прогрессирование легочного фиброза
- А. Нарушение функции почек
- В. Тошнота, диспепсия
- Д. Обострение ишемической болезни сердца

Каковы наиболее часто применяемые схемы комбинированной терапии стандартными базисными противовоспалительными препаратами при РА?

- А. Метотрексат в комбинации с циклоспорином А
- В. Метотрексат в комбинации с сульфасалазином и гидроксихлорохином
- Б. Лефлуномид в комбинации с сульфасалазином
- Г. Сульфасалазин в комбинации с солями золота

При недостаточной эффективности метотрексата (включая подкожную форму), какую терапию предпочтительней назначить пациенту?

- А. Отменить метотрексат, назначить глюкокортикоиды средней дозе
- Б. Продолжить лечение метотрексатом, назначить ингибиторы ФНО- α
- В. Отменить метотрексат, назначить тоцилизумаб
- Г. Продолжить лечение метотрексатом, назначить ритуксимаб

Какой препарат относится к ингибиторам фактора некроза опухоли?

- А. Абатацепт
- В. Голимумаб
- Б. Ритуксимаб
- Г. Устекинумаб

Справедливо ли утверждение, что при раннем ревматоидном артрите комбинированная терапия метотрексатом и адалимумаб, более эффективна, чем последовательное назначение адалимумаба при недостаточной эффективности монотерапии метотрексатом?

- нет
- да

Какой из перечисленных препаратов относится к блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов?

- В. Тофацитиниб
- Г. Абатацепт
- А. Ритуксимаб
- Б. Этанерцепт

Справедливо ли утверждение, что при недостаточной эффективности, но хорошей переносимости метотрексата, пациентам следует назначить монотерапию генно-инженерными биологическими препаратами?

- А. да
- Б. нет

Перед назначением каких препаратов абсолютно показаны исследования для исключения латентной туберкулезной инфекции?

- В. Глюкокортикоиды
- Г. Метотрексат
- А. Абатацепт
- Б. Инфликсимаб
- Д. Ритуксимаб

Монотерапию каким препаратом предпочтительней проводить у пациентов, при невозможности продолжить лечение метотрексатом?

- Г. Абатацепт
- А. Инфликсимаб
- В. Тоцилизумаб
- Б. Адалимумаб

Какие нежелательные реакции наиболее часто могут развиваться на фоне лечения всеми ГИБП?

- Г. Обострение ишемической болезни сердца
- А. Аутоиммунные нарушения
- Б. Инфекционные осложнения
- В. Агранулоцитоз
- Д. Все выше перечисленные

Каковы наиболее частые причины развития вторичной неэффективности на фоне лечения моноклональными антителами к ФНО- α ?

- Г. Синтез нейтрализующих антител
- А. Полиморфизм генов, регулирующих синтез «провоспалительных» цитокинов
- Б. Пожилой возраст пациентов
- В. Мужской пол
- Д. Все, перечисленные выше

Верно ли утверждение, что комбинированная терапия метотрексатом и генно-инженерными биологическими препаратами эффективней монотерапии генно-инженерными биологическими препаратами

- Б. нет
- А. да

Какова по вашему мнению тактика ведения пациентов с ревматоидным артритом, у которых на фоне комбинированной терапии метотрексатом и ингибиторами ФНО- α достигнута стойкая ремиссия ревматоидного артрита?

- Б. Продолжить лечение метотрексатом, отменить ингибиторы ФНО- α
- А. Отменить метотрексат, продолжить лечение ингибиторами ФНО- α
- В. Снизить дозу метотрексата и ингибиторов фактора некроза опухоли- α
- Г. Продолжить лечение метотрексатом, снизить дозу ингибиторов ФНО- α
- Д. Снизить дозу метотрексата и ингибиторов ФНО- α , назначить глюкокортикоиды

Какие коморбидные заболевания наиболее часто встречаются у пациентов с ревматоидным артритом?

- В. Бронхиальная астма
- Г. Рак толстого кишечника
- А. Хронические заболевания печени
- Б. Атеросклеротическое поражение сосудов

Верно ли утверждение о том, что на фоне лечения ингибиторами ФНО- α инфекционные осложнения наиболее часто развиваются в первые 6 месяцев от начала терапии?

- А. да
- Б. нет

У пациента с РА развилась сердечная недостаточность III функционального класса (NYHA). Какие препараты не рекомендуется назначать этому пациенту?

- А. Метотрексат
- Г. Инфликсимаб
- Б. Лефлуномид
- В. Абатацепт

Какое утверждение в отношении роли H.pylori в развитии НПВП-гастропатии неверно?

- В. Эрадикация H.pylori существенно снижает риск рецидивов НПВП-индуцированных язв и кровотечений в случае продолжения длительного приема этих препаратов
- А. H.pylori и НПВП являются независимыми этиологическими факторами пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- Б. НПВП и низкие дозы аспирина способны вызывать развитие язвы и ЖКТ – кровотечения у H.pylori - негативных пациентов.
- Г. Эрадикация H.pylori значительно уступает по эффективности по сравнению с длительным использованием ИПП в отношении предупреждения рецидивов НПВП-гастропатии
- Б. Эрадикация H.pylori до начала приема НПВП способна снизить риск развития НПВП-гастропатии

Какая тактика использования НПВП у больного АС с хронической болезнью почек 2 стадия (СКФ = 75 мл/мин) представляется наиболее правильной?

- Г. Возможно применение только неселективных НПВП
- А. Нельзя использовать любые НПВП
- Б. Возможно применение любых НПВП в терапевтических дозах на фоне регулярного контроля СКФ
- В. Показано применение НПВП в дозах, не превышающих половину терапевтической
- Д. Возможно применение только коксибов

Какой из препаратов способен связывать, как с ФНО- α и ФНО- β (лимфотоксин)?

- Д. Этанерцепт
- А. Адалимумаб
- Б. Голимумаб
- В. Инфликсимаб
- Г. Цертолизумаб пегол

Какой размер папулы при проведении пробы Манту является отрицательным?

- В. Размер папулы 10-14 мм
- Г. Размер папулы 15-16 мм
- Б. Размер папулы 5-9 мм
- А. Размер папулы 0-4 мм
- Д. Размер папулы 17-21мм

После полного излечения активного ТБ у больных с АС, какие препараты среди ингибиторов ФНО- α в дальнейшем, являются наиболее безопасными?

- Б. Голимумаб
- В. Инфликсимаб
- А. Цертолизумаб пегол
- Д. Этанерцепт
- Г. Инфликсимаб

У больного диагноз РА. Проводилась терапия инфликсимабом вместе с метотрексатом с хорошим эффектом. Через 6 мес. при плановом обследовании впервые была выявлена положительная проба Манту. Ваши действия?

- В. Начать прием другого БПВП
- А. Отменить метотрексат
- Д. Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON[®]-TB Gold IT или T-SPOT.TB
- Б. Уменьшить дозу метотрексата
- Г. Провести повторную пробу Манту

У больной диагноз РА, вторичный амилоидоз. Проживает в эндемичном по ТБ регионе. В связи с выраженным обострением принято решение впервые начать лечение ГИБП. Проведено полное обследование на ТБ. Данных за активный ТБ и латентную инфекцию нет. Какой препарат в данной ситуации наиболее предпочтителен:

- В. Абатацепт
- А. Ингибиторы ФНО- α
- Г. Тоцилизумаб
- Б. Ритуксимаб

Какие суставы из нижеперечисленных не могут учитываться при определении числа пораженных суставов в рамках классификационных критериев РА ACR/EULAR?

- А. Акромиально-ключичные
- Б. Первые запястно-пястные

- В. Тазобедренные
- Г. Плечевые
- Д. Височно-нижнечелюстные

Роль игольчатой ЭМГ в диагностике воспалительных миопатий и ведении пациентов. Выберите НЕПРАВИЛЬНОЕ утверждение:

- Г. Позволяет исключить нейрональный и невритический процесс как причину мышечной слабости
- Б. Подтверждает первично-мышечный уровень поражения
- А. Выявляет изменения, характерные только для полимиозита и дерматомиозита
- В. Степень выраженности спонтанной активности мышечных волокон коррелирует с активностью заболевания
- Д. Анализ спонтанной активности в динамике помогает оценить эффективность терапии

Пациент 67 лет . Жалобы на слабость в мышцах ног (невозможно встать со стула без посторонней помощи, ходить по лестнице, частые спонтанные падения), дистальных мышцах рук (трудно застегнуть пуговицы, писать, полностью пальцы в кулак собрать не может), затруднения при проглатывании жидкой пищи (поперхивание 1-2 раза за прием пищи). Болен в течение 7-8 лет. Сначала отметил трудность при подъеме в автобус, далее медленно слабость прогрессировала, стало невозможно ходить по лестнице. По прямой поверхности пациент передвигается с палочкой, в течение последних 3-х лет нарастает слабость в пальцах рук, стало трудно писать, появилась легкая дисфагия. При осмотре: Походка миопатическая, ходит с тростью, со стула встать не может. Выраженная гипотрофия 4-х главных мышц бедер и сгибателей пальцев кистей, пальцы в кулак собирает не полностью, слабость в трехглавых мышцах рук – 7 баллов, в двуглавых мышцах рук – 8 б, в дельтовидных мышцах сила сохранена, в дистальных мышцах рук (в сгибателях запястья и пальцев кистей –снижена 6 баллов). в 4-х главных мышцах бедер 5 баллов, в 2-х главных мышцах бедер 8 баллов, в дистальных мышцах ног 7 баллов, из положения лежа садится при помощи рук. При обследовании: клинический анализ крови – норма, биохимический: КФК 665ед/л (норма до 190), АЛТ 78 ед/л , АСТ 96 ед/л (норма до 35), АНФ 1/160. иЭМГ 4-х главой мышцы : снижение длительности ПДЕ -25%, увеличение средней максимальной амплитуды ПДЕ , полифазия 30%, умеренная спонтанная активность в виде единичных ПОВ и ПФ 1/3 вколов. МРТ мышц беер и голеней: При проведении МРТ мышц бедер и голеней в режиме T1 выявляется значительная атрофия и замещение жировой тканью 4-х главных мышц бедер и медиальной головки икроножной мышцы , в STIR усиление МР-сигнала от мышц. Проведена биопсия 4-х главоймышцыбедр, которая выявила признаки воспаления (воспалительные инфильтраты в том числе с инвазией мышечных волокон) и атрофии мышечных волокон, вакуолизации их. Электронная микроскопия не проводилась.

Предположите диагноз , основываясь на клинических данных:

- В. Спорадический миозит с включениями

- А. Полимиозит.
- Б. Антисинтетазный синдром
- Г. Воспалительная миопатия исключена.

Пациентка 35 лет заболела 3 месяца назад. Дебют болезни с симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, фебрильной лихорадки до 38.6. Через 1,5 месяца присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке. При осмотре: синдром Рейно, трещины на латеральных поверхностях пальцев кистей, артрит лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, положительный симптом сжатия стоп. При мануальном мышечном тестировании выявляется умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса (8баллов из 10). С корточек встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты 12.5×10^9 /л, тромбоциты 440×10^9 /л, СОЭ 37 мм час, АЛТ 115 ед/мл, АСТ 187 ед/мл (норма до 35), КФК 1100, АНФ Нер -2 1/640 sp (норма до 1/160), а-Jo-1 более 200 (норма до 25), а-Ro (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х главой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. Предложите какие исследования **НАИБОЛЕЕ ВАЖНО** выполнить на следующем этапе:

- Б. КТ органов грудной клетки, функциональные легочные тесты, определение диффузионной способности легких
- А. Колоноскопия и гастроскопия
- В. ПЭТ
- Г. Анализ крови на онкомаркеры
- Д. Рентгенография кистей и и дистальных отделов стоп

Пациентка 35 лет заболела 6 месяцев назад. Дебют болезни с симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, субфебрильной температуры, через 1,5 месяца присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке. При осмотре: синдром Рейно, трещины на латеральных поверхностях пальцев кистей, артрит лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, положительный симптом сжатия стоп. При мануальном мышечном тестировании выявляется умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса. С корточек встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты 12.5×10^9 /л, тромбоциты 440×10^9 /л, СОЭ 37 мм час, АЛТ 115 ед/мл, АСТ 187 ед/мл (норма до 35), КФК 1100, АНФ Нер -2 1/640 sp (норма до 1/160), а-Jo-1 более 200 (норма до 25), а-Ro (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х главой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. КТ ОГК выявило картину фиброзно-интерстициальных изменений с преимущественным поражением нижних и средних задних отделов обоих легких.

ФВД : Форсированная жизненная легких снижена до 70%, максимальная жизненная легких снижена до 69%, нарушение диффузионной способности тяжелой степени 35%. Установите диагноз:

- Д. Антисинтетазный синдром
- А. Системная красная волчанка
- Б. Системная склеродермия
- В. Ревматоидный артрит с системными проявлениями
- Г. Болезнь Шегрена

У пациентки 64 лет, которая 6 лет страдает болезнью Шегрена, 3 года назад была выявлена гепатоспленомегалия. 2 месяца назад присоединились симметричные артриты мелких суставов кистей, стоп, коленных и голеностопных суставов. В анализах: СРБ 40 мг/л (N<5,0), РФ -121 МЕ/мл (N<15,0), АЦЦП резко положительный ,АНФ 1/640sp. В общем анализе крови выявлены анемия (Hb-85 г/л), лейкоциты - 19 тыс/мкл, гранулоциты-71%, лимфоциты -23%, моноциты-6%, тромбоциты - 459тыс/мкл, СОЭ по Вест.- 60 мм/ч, в биохимическом анализ крови за исключением повышения мочевины до 2,5норм, а также до 3 норм ЛДГ и до 2 норм ГГТ, все другие показатели в пределах нормы. Анти-НСV, HBsAg отрицательны. На рентгенограммах кистей неэрозивный артрит, околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей. На УЗИ внутренних органов печень размерами 150x90 мм, селезенка 240x80 мм. МСКТ ОГК и малого таза без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Каким заболеванием может быть обусловлена спленомегалия:

- В. Миелома
- А. Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов
- Д. Миелофиброз
- Б. Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов
- Г. Аутоиммунный гепатит с исходом в цирроз печени

У пациента, 52 лет, рецидивирующая пурпура на голенях в течение 3 мес., а также развившаяся в течение 1 недели фебрильная лихорадка с повышением СРБ до 60 мг/л (N<5). С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный (выберите правильную комбинацию ответов)1. Криоглобулинемический васкулит

- 2. Гранулематоз с полиангиитом
- 3. Узелковый периартериит
- 4.Макроглобулинемия Вальденстрема
- 5. Болезнь Шегрена

- Б. 1,2,5
- В. 1,5
- А. 1,2,3
- Г. все правильные
- Д. 1,3,4,5

Согласно преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как

В. комплекс показателей, отражающих способность организма полностью выполнять свои функции

Б. динамический процесс, характеризующийся отсутствием болезней и их симптомов

А. состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

Норматив объемов медицинской помощи в стационарных условиях

В. Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год и количество случаев госпитализации на 1 застрахованного в год

А. Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Б. Количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в год

Г. Количество койко-дней на 1 застрахованное лицо в год

Д. Количество койко-дней на 1 жителя в год и количество койко-дней на 1 застрахованного в год

Норматив объемов паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях

В. Количество пациенто-дней на 1 жителя в год

Г. Количество медицинских услуг на 1 жителя в год

А. Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Б. Количество койко-дней на 1 жителя в год

Понятие «глобальное бремя болезней» включает

А. Заболеваемость, рождаемость, смертность

В. Преждевременную смертность, заболеваемость, инвалидность

Б. Смертность, ожидаемую продолжительность жизни, рождаемость

Г. Инвалидность, летальность, заболеваемость

Д. Преждевременную смертность, рождаемость, инвалидность

Показатель DALY это:

Б. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

В. Приобретенные годы качественной жизни

А. Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

Д. Потеря 1 года здоровой жизни

Г. Средняя продолжительность предстоящей жизни

Назовите данные, необходимые для расчета общей заболеваемости:

Г. число всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году

А. число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения

В. число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения

Б. число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число прошедших медицинский осмотр

Д. число заболеваний, выявленных в предыдущем году; среднегодовая численность

населения

К категории длительно и часто болеющих (ДЧБ) относятся пациенты, имеющие:

- А. 4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- Б. 2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- В. 4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- Г. 6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по разным заболеваниям
- Д. 8 случаев и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

Больной 3. 54 лет, маляр, как длительно болеющий впервые направлен на ВТЭК 15.03. Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03. Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом III группы, Укажите каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение за-крывает больничный лист:

- А. признан инвалидом III группы во ВТЭК 103
- Б. 2 .признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03
- В. признан инвалидом III группы во ВТЭК 203
- Г. приступить к работе с 203
- Д. направить в стационар 203

Пациентка с достоверным серопозитивным РА, 31 год, пришла на консультацию к ревматологу в связи с планированием беременности. Из анамнеза: больна с 23-летнего возраста, предыдущая беременность была прервана в связи с активностью РА и приемом метотрексата. Последние полгода – состояние стабильное.

Принимает метипред 4мг/сут, метотрексат 10мг/нед, в течение последних 10 месяцев каждые 8 недель внутривенно вводится инфликсимаб 200мг (получила 8 инфузий препарата, последнее введение предполагается в день настоящей консультации). При осмотре: активность заболевания низкая (DAS28=3,2). Какая из рекомендаций является наиболее правильной?

- Б. Отменить все препараты, кроме метипреда. Планирование беременности возможно через 3 месяца после отмены препаратов.
- А. Планирование беременности не рекомендуется. Терапию продолжить.
- В. Ввести инфликсимаб, отменить метотрексат, продолжить прием метипреда и фолиевой кислоты. Планирование беременности – не ранее чем 1 - 3 месяца после отмены метотрексата.

22-летняя женщина с достоверной СКВ хронического течения, больна 5 лет. Последние 2 года клиничко-лабораторных признаков активности заболевания не отмечалось, постоянно принимает 5мг/сут преднизолона и 200мг/сут гидроксихлорохина. Направлена из женской консультации на 18 неделе беременности в связи с жалобами на непродолжительные ноющие боли в коленных суставах без припухлости, проходящие в покое. При обследовании: незначительная сглаженность контуров коленных суставов, движения в них в

полном объеме, безболезненные. По данным лабораторных исследований: гемоглобин 112г/л, лейкоциты 5x10⁹/л, тромбоциты 230x10⁹/л; СОЭ 21мм/час; общий анализ мочи и биохимические показатели крови в норме; в иммунологическом анализе крови: а-нДНК 18ед/мл (норма до 20), АНФ 1/160 крапчатый тип свечения; показатели комплемента нормальные. Какое из действий является наиболее правильным?

- Г. Отменить гидроксихлорохин.
- А. Увеличить дозу преднизолона.
- Б. Продолжить проводимую терапию и наблюдение.
- В. Увеличить дозу гидроксихлорохина.
- Д. Назначить НПВП.

У 25-летней женщины с достоверной СКВ и одним случаем внутриутробной гибели плода на 28 неделе беременности при обследовании на 25 неделе настоящей (второй) беременности клинических признаков активности болезни не выявлено. При УЗИ плода отмечено увеличение размеров его сердца и урежение ЧСС до 100 в 1 мин, выявлены нарушения маточно-плацентарного и пупочного кровотоков. Какое из перечисленных исследований наиболее вероятно предсказало бы такую находку у плода?

- А. а-нДНК
- Д. Ro (SSA)- / La (SSB)-антитела
- Б. АНФ
- В. аФЛ
- Г. С3- и С4-фракции комплемента

Женщина с достоверной СКВ с волчаночным нефритом в анамнезе и сохраняющейся следовой протеинурией в течение беременности на 29 неделе гестации отметила появление отечности лица, переходящих головных болей, нарушения сна. В анализе мочи выявлено нарастание протеинурии до 0,5г/л, в моче осадке: лейкоциты до 5-7 в п/зр; эритроциты до 5 в п/зр, оксалаты++. Какой из нижеперечисленных диагнозов является наиболее вероятным?

- В. Пиелонефрит беременных
- А. Мочекаменная болезнь
- Г. Преэклампсия
- Б. Обострение волчаночного нефрита
- Д. Цистит

Какое из ниже перечисленных представлений о неонатальной волчанке является неверным?

- Б. Кожные проявления синдрома могут проходить без лечения в течение первых 3-6 месяцев жизни ребенка.
- В. Пятнистая хондродисплазия – редкое проявление неонатальной волчанки.
- А. У матерей новорожденных с неонатальной волчанкой могут отсутствовать клинические проявления аутоиммунных ревматических заболеваний.
- Д. Всегда требует назначения ребенку глюкокортикоидной терапии.

Г. Развивается только у плодов/новорожденных от матерей со стойкой и высокой позитивностью Ro/SSA- и/или La/SSB-антител.

Какое из следующих утверждений о применении БПВП при беременности является наиболее верным?

В. Прием сульфалазина в течение беременности, вероятно, не представляет опасности для плода;

А. Азатиоприн противопоказан при беременности;

Б. Микофенолата мофетил должен отменяться не менее чем за 3 месяца \n до планируемой беременности;

Г. Циклоспорин не токсичен для плода при материнской суточной дозе не более 10мг/кг;

Д. Циклофосфан при беременности не назначается.

Какой из ингибиторов ФНО α меньше всего передается через плаценту плоду?

Д. Цертолизумаб пэгол

А. Инфликсимаб

Б. Адалимумаб

В. Голимумаб

Г. Этанерцепт

Какое из следующих утверждений о применении ингибиторов ФНО α при беременности является неверным?

Б. На поздних сроках беременности концентрация ингибиторов ФНО α в плодной сыворотке аналогична или выше материнской.

А. Активно передаются эмбриону/плоду с ранних сроков беременности.

В. Не учащают выкидыши, врожденные пороки у детей.

Г. Не вызывают преждевременные роды.

Д. Сохраняются в организме новорожденного дольше, чем в организме матери.

Какая из следующих рекомендаций по применению ингибиторов ФНО α при планировании и вынашивании беременности является неверной?

Г. Введение живых вакцин новорожденному отсрочить не менее чем на 6 месяцев от даты последнего введения ингибитора ФНО α матери.

Б. Отменить при положительном тесте на беременность.

А. Отменить за месяц до планируемой беременности.

В. По показаниям возможно продолжение лечения до 30 недели беременности.

Периоперационное ведение больных ревматоидным артритом, нуждающихся в хирургическом лечении суставов

Б. анемия

В. риск кардио-васкулярной патологии

А. возраст старше 70 лет

Г. наличие инфекции

Следует ли отменять аспирин больным с высоким фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний перед эндопротезированием суставов?

- Б. следует отменить аспирин за 10 дней до операции
- А. отменять аспирин не следует
- В. следует отменить аспирин за 2 дня до операции

Пациент получав длительное время антагонисты витамина К (варфарин), планируется проведение эндопротезирования суставов. Что следует сделать ревматологу?

- В. В оставить варфарин в прежней дозе под тщательным контролем \n коагулограммы
- Б. уменьшить дозу варфарина
- А. за 10-14 дней до операции перевести больного на \n низкомолекулярные гепарины

Как длительно после эндопротезирования суставов необходимо проводить медикаментозную профилактику венозных тромбозов дабигатраном этексилатом (продакса) или ривароксабаном (ксарелто)?

- В. В 90 дней
- А. до снятия швов
- Б. 35 дней

Какая доза глюкокортикоидов в пересчете на преднизолон является безопасной при проведении эндопротезирования суставов?

- В. 10 мг
- А. 20 мг
- Б. 15 мг

Что делать в периоперационном периоде при недостаточной эффективности перорального приема МТ в дозе 15 мг в неделю ?

- Б. отменить метотрексат
- В. добавить сульфасалазин и гидроксихлорохин
- А. увеличить дозу перорального метотрексата за 3 месяца до операции
- Г. назначить подкожное введение метотрексата в той же дозе

Диагноз остеопороза у постменопаузальных женщин не может быть установлен на основании:

- В. Длительного системного приема глюкокортикоидов и снижения показателя Т-критерия на -1,5 и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника;
- А. Клинической картины заболевания и переломов в анамнезе при минимальной травме;
- Г. Возникновения хотя бы одного компрессионного перелома позвонка на рентгенограмме позвоночника;
- Б. Уменьшения показателя Т-критерия на -2,5 и более стандартных отклонений при

рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника;

Д. Перенесенного при минимальной травме или спонтанно возникшего перелома (кроме переломов пальцев или костей черепа) в возрасте 40 лет и старше;

Ремоделирование костной ткани является

А. Физиологическим процессом, направленным на поддержание прочности костной ткани и обеспечение ее минерализации.

Б. Физиологическим процессом, направленным на поддержание прочности костной ткани

В. Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением остеопороза

Г. Физиологическим процессом, обеспечивающим минерализацию костной ткани

Д. Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением переломов

Определение концентрации маркеров резорбции и формирования костной ткани в сыворотке крови в клинической практике необходимо для:

Г. Оценки неэффективности антиостеопоротической терапии и выбора дальнейшей тактики лечения

А. Установления диагноза остеопороза

Б. Проведения дифференциально-диагностических мероприятий

В. В клинических исследованиях для контроля антиостеопоротической терапии в динамике

Д. Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Какой из лучевых методов, рекомендуется в возрасте 50 лет и старше для диагностики остеопороза

Б. Рентген поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

В. Рентген грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

А. Рентген грудного отдела позвоночника в боковой проекции

Г. Рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Д. Рентгеновская денситометрия дистальной трети костей предплечья

FRAX – оценка абсолютного 10-летнего риска переломов:

Б. Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для установления диагноза остеопороза

А. Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для своевременного назначения антиостеопоротического лечения

В. Проводится мужчинам и женщинам в любом возрасте для своевременного назначения средств профилактики и лечения остеопороза

Г. Предназначена для скрининга остеопороза

Д. Предназначена для скрининга переломов

Механизм действия азотсодержащих бисфосфонатов:

Б. Прямое действие на остеокласты, приводящее к нарушению образования,

метаболизма и функциональной активности

В. Прямое действие на остеокласты, приводящее к апоптозу

А. Физико-химическое связывание с гидроксиапатитом на резорбтивной поверхности

Д. Все выше перечисленное верно

Г. Подавление костной резорбции

К диагностическим критериям СКВ (ACR/SLICC 2012) относится все, кроме:

В. Диссеминированная кожная волчанка

А. Алопеция

Г. Синдром Рейно

Б. Панникулит

Д. Капилляриты

К лабораторным критериям СКВ (ACR/SLICC 2012) относится все, кроме

В. Проба Кумбса

А. Лейкопения

Д. LE-клетки

Б. Тромбоцитопения

Г. Гипокомплементемия

Выберите схемы лечения больных с низкой степенью активности СКВ (SLEDAI 2-4 балла)

Б. преднизолон 10-15 мг в день

В. преднизолон 25-30 мг в день + микофенолата мофетил 2 грамма/день

А. преднизолон 10-15 мг/день + азатиоприн 100 мг в день

Д. преднизолон 7,5-10 мг в день + гидроксихлорохин 200 мг в день

Г. преднизолон 15-25 мг в день + азатиоприн 200 мг в день

Выберите лекарственные, не одобренные FDA для больных СКВ

Б. Белimumаб

Г. Глюкокортикоиды

А. Аминохинолиновые препараты

В. Ритуксимаб

Д. аспирин

Препарат, не включенный в рекомендации EULAR для лечения больных СКВ

В. Метотрексат

А. Плаквенил

Д. Флударабин

Б. Циклофосфамид

Г. Ацетилсалициловая кислота

Для синдрома неонатальной волчанки характерно все, кроме

А. Частота врожденной полной поперечной блокады составляет 15-30% случаев

- Г. У 30% детей с неонатальной волчанкой впоследствии развивается идиопатическая СКВ (правильный ответ)
- Б. Сочетание врожденной полной поперечной блокады и поражения кожи встречается у 10% новорожденных
- В. Симптоматика неонатальной волчанки появляется в первые 2 месяца жизни
- Д. Симптоматика самостоятельно регрессирует по мере элиминации материнских аутоантител из организма ребенка

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

- Б. Редко поражаются жизненно важные органы (почки и ЦНС)
- В. После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует
- А. Часто встречается поражение кожи, суставов и серозиты
- Г. С одинаковой частотой развивается в любом возрасте (правильный ответ)
- Д. Возможно применение препаратов, индуцирующих лекарственную волчанку, у больных идиопатической СКВ

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

- А. Необходима длительная экспозиция лекарственного препарата
- В. В 3 раза чаще встречается у женщин (правильный ответ)
- Б. Чаще развивается у пожилых больных
- Г. После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует
- Д. В большинстве случаев не требует лечения

Все положения о неонатальной волчанке верны, кроме

- Д. Требуется назначения глюкокортикоидов в течение 2-3 месяцев (правильный ответ)
- А. Обусловлена трансплацентарным пассажем материнских аутоантител
- Б. Развивается в первые 2 месяца жизни новорожденного
- В. Характеризуется поражением кожи и сердца
- Г. Самостоятельно проходит в течение 4-6 месяцев после возникновения

Какие положения о синдроме Фелти верны:

- Б. Серонегативный вариант ревматоидного артрита
- А. Серопозитивный вариант ревматоидного артрита и
- В. Развивается как у мужчин, так и у женщин и
- Г. Может развиваться гепатомегалия и
- Д. Лейкопения может рецидивировать после спленэктомии

Отметить заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

- Синдром Рейтера и
- Псориаз и
- Ювенильный хронический артрит
- Параплегия

Бруцеллез

Какие из перечисленных инфекционных агентов вызывают реактивные артриты:

- А. *Shigella flexneri* и
- Б. *Yersinia enterocolitica* и
- В. *Salmonella typhimurium* и
- Г. *Campilobacter fetus* и
- Д. *Chlamidia trachomatis*

Что из ниже перечисленного не характерно для остеоартрита:

- Ухудшение общего состояния пациентов
- Механический тип болей
- Деформация суставов
- Ограничение подвижности суставов
- Преимущественно поражение опорных суставов

Отметить характерные признаки генерализованного остеоартрита:

- Узелки Гебердена и
- Узелки Бушара
- Суставы Клаттона
- Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков
- Эрозии мелких суставов кистей и стоп

Отметить факторы риска остеопороза:

- Б. Курение
- Г. Занятия спортом
- А. Ожирение
- В. Злоупотребление кофе и
- Д. Ранняя менопауза

Отметить ситуации, при которых может развиваться синдром запястного канала:

- Беременность
- Алкогольный цирроз печени
- Микседема и
- Первичный амилоидоз и
- Ревматодный артрит

Синдром Жаку может развиваться при:

- Острая ревматическая лихорадка
- Остеоартроз
- Ревматоидный артрит
- Системная красная волчанка
- Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена

Отметить факторы риска развития остеоартрита:

Гипертиреоз
Ожирение и
Диабет и
Акромегалия и
Гемохроматоз

Отметить признаки эозинофильного фасциита:

Связь с гематологическими заболеваниями
Отек дистальных отделов конечностей и
Развитие после непривычной физической нагрузки и
Периферическая эозинофилия
Частое поражение почек

Отметить признаки рецидивирующего полихондрита:

В. Поражение суставов часто является первым признаком заболевания
А. Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины и
Б. Седловидная деформация носа и
Г. Хороший эффект при назначении кортикостероидов
Д. Узловатая эритема

Отметить основные проявления гигантоклеточного васкулита:

Лихорадка
Боль в верхнечелюстных суставах, усиливающаяся при жевании
Ревматическая полимиалгия и
Слепота и
Головная боль

Сосуды крупного калибра поражаются при:

Болезнь Бюргера
Артериит Такаясу и
Височный артериит
Узелковый периартериит
Геморрагический васкулит

Отметить заболевания, при которых может развиваться сетчатое ливедо:

атеросклеротическое поражение сосудов
Системная красная волчанка и
Синдром Снеддона и
Антифосфолипидный синдром и
Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

Суставной синдром может сопровождать:

Тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру и

Гемофилию и
Хронический лимфолейкоз и
Синдром Шенлей-Геноха и
Полицитемию

Установите соответствие:

Рентгенологический признак

- А. Анкилоз суставов запястий**
- Б. Анкилоз крестцово-подвздошных суставов**
- В. Внутрисуставной остеолит**
- Г. «Рыхлые» пяточные шпоры**

Нозологическая форма:

- 1 Псориатический артрит**
- 2 Анкилозирующий спондилоартрит**
- 3 Ревматоидный артрит**
- 4 Реактивный урогенный артрит**

А-3, Б-2, В-1, Г-4

А-2, Б-3, В-4, Г-1

А-1, Б-2, В-3, Г-4

Установите соответствие:

Порок сердца:

- А. Митральный стеноз**
- Б. Митральная недостаточность**
- В. Проплапс митрального клапана**
- Г. Аортальная недостаточность**

Аускультативный признак

- 1. Ослабление первого тона сердца**
- 2. Тон открытия митрального клапана**
- 3. Протодиастолический шум**
- 4. Мезосистолический щелчок**
- 5. Длительный систоло-диастолический шум**

А -3, Б -1, В -4, Г -5

А -5, Б -2, В -4, Г -3

А -2, Б -1, В -4, Г -3

При диффузной форме склеродермии поражается кожа преимущественно:

- Лица
- Туловища и проксимальных отделов конечностей
- Туловища
- Головы
- Пальцев кистей и стоп

Больная системной красной волчанкой получает преднизолон в дозе 60 мг/сут.

Высказывает бредовые идеи, дезориентирована. Верны утверждения:

Психические расстройства могут быть проявлением поражения ЦНС при СКВ и

Для проведения дифференциального диагноза показано исследование цереброспинальной жидкости и

Психоз может быть следствием лечения большими дозами преднизолона

В данной ситуации необходимо отменить глюкокортикоиды

Из перечисленных нозологических форм системных васкулитов, выберите заболевание, которое развивается в пожилом возрасте:

Геморрагический васкулит

Микроскопический полиангиит

Болезнь Кавасаки

Гигантоклеточный артериит

Гранулематоз с полиангиитом

Пациентка 72 лет в течение месяца отмечает головную боль, преимущественно в височной области, боль и скованность в плечевых суставах и шее. При осмотре определяется болезненность и покраснение по ходу левой височной артерии, болезненность при движении в плечевых суставах. В анализе крови – ускорение СОЭ – 52 мм/ч. Какое серьёзное осложнение может развиваться при данном заболевании?

Амилоидоз

Вестибулярные нарушения

Контрактуры плечевых суставов

Слепота

Снижение слуха

Пациентка 72 лет в течение месяца отмечает головную боль, преимущественно в височной области, боль и скованность в плечевых суставах и шее. При осмотре определяется болезненность и покраснение по ходу левой височной артерии, болезненность при движении в плечевых суставах. В анализе крови – ускорение СОЭ – 52 мм/ч. Пациентке следует назначить:

Преднизолон 10 мг в сутки

Сульфасалазин 500 мг в сутки

Метотрексат 15-20 мг в неделю

Преднизолон 40-60 мг в сутки

Хондроитин сульфат 1000 мг в сутки

Пациентка 60 лет жалуется на боль и припухлость в области левого коленного сустава и голени. Около недели назад появилась припухлость коленного сустава, а также - выпячивания в подколенной области, в течение 2 дней – развилась плотная диффузная припухлость по задней поверхности голени.

Вероятная причина припухания голени:

Разрыв стенки кисты Бейкера с перемещением содержимого в межмышечное пространство голени Д.

Инфекционный процесс подкожной клетчатки

Тромбофлебит глубоких вен голени

Тромбофлебит поверхностных вен голени

Лимфостаз голени

Пациентка 16 лет около месяца назад перенесла острую носоглоточную инфекцию. Жалуется на общую слабость, сердцебиение, субфебрильную температуру тела, боль в суставах. Аускультативно определяется тахикардия, ослабление 1 тона, систолический шум с максимумом на верхушке сердца.

Какие исследования информативны для уточнения диагноза?

Антитела к стрептококку и

ЭКГ и

Эхо-КГ

РФ

АЦЦП

При выполнении Эхо-КГ можно выявить следующий признак ревматического эндокардита:

Краевое утолщение передней створки митрального клапана

Митральная регургитация

Гипокинезия дискордантной задней створки митрального клапана

Вегетиции на створках клапанов

34- летний пациент с жалобами на общую слабость, лихорадку 38,2 С, кашель, кровохарканье, затруднение носового дыхания, сукровичное отделяемое из носа. При обследовании СОЭ 65 мм/ч, Нв 98 г/л, лейкоциты 16 х 10⁹, тромбоциты 638, протеинурия 1,2 г/л, эритроцитурия 60 в поле зрения, креатинин крови 98 мкмоль/л. При рентгенографии грудной клетки выявлены множественные инфильтраты с деструкцией. В мокроте кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены, проба Манту - эритема 5 мм. Какой лабораторный тест, наиболее вероятно, будет положительным?

Антитела к миелопероксидазе

Ревматоидный фактор

Антинуклеарный фактор

Антитела к протеиназе-3

Антитела к базальной мембране клубочков

48- летний пациент, недавно перенесший пневмонию, отметил ухудшение самочувствия, общую слабость, снижение массы тела, эпизоды кровохарканья, присоединение геморрагических высыпаний на нижних конечностях, парестезий в руках и ногах. Артериальное давление 120/ 80 мм рт ст. Наиболее вероятный диагноз:

Микроскопический полиангиит

Узелковый полиартериит
Подострый септический эндокардит
Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
IgA васкулит (Шенлейна- Геноха)

Ложное утверждение в отношении роли *H.pylori* в развитии НПВП-гастропатии:

H.pylori и НПВП являются независимыми этиологическими факторами пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Эрадикация *H.pylori* существенно снижает риск рецидивов НПВП-индуцированных язв и кровотечений в случае продолжения длительного приема этих препаратов
НПВП и низкие дозы аспирина способны вызывать развитие язвы и ЖКТ – кровотечения у *H.pylori* - негативных пациентов.

Эрадикация *H.pylori* до начала приема НПВП способна снизить риск развития НПВП-гастропатии

Эрадикация *H.pylori* значительно уступает по эффективности по сравнению с длительным использованием ИПП в отношении предупреждения рецидивов НПВП-гастропатии

Тактика использования НПВП у больного анкилозирующим спондилитом с хронической болезнью почек 2 стадии (СКФ = 75 мл/мин):

Возможно применение любых НПВП в терапевтических дозах на фоне регулярного контроля СКФ

Нельзя использовать любые НПВП

оказано применение НПВП в дозах, не превышающих половину терапевтической

Возможно применение только неселективных НПВП

Возможно применение только коксибов

Соотнесите утверждения, соответствующие результатам сравнения НПВП:

Результат сравнения:

А. значительно чаще

Б. значительно реже

В. не отличается

Г. зависит от дозы

Д. не подтверждается данными РКИ

Утверждение:

1.Обезболивающий и противовоспалительный эффект н-НПВП и коксибов

2.По данным РКИ, диклофенак в сравнении с мелоксикамом вызывает повышение АЛТ/АСТ

3. По данным РКИ, целекоксиб в сравнении с комбинацией диклофенака и омепразола вызывает развитие железодефицитной анемии

4.Представление, что НПВП при в/м введении в сравнении с пероральным приемом оказывают более выраженный эффект

1-А,Г; 2-В; 3-Б; 4-Д

1-Д,В; 2-А; 3-Б; 4-Г

1-В,Г; 2-А; 3-Б; 4-Д

Выберите соответствие между НПВП и нежелательным явлением вследствие его приема:

Нежелательное явление:

А. Снижение антитромботического эффекта аспирина

Б. Гепатотоксические реакции

В. ЖКТ-кровотечения

Г. Агранулоцитоз

Д. Дестабилизация артериальной гипертензии

НПВП:

1. Кеторолак

2. Эторикоксиб

3. Метамизол

4. Диклофенак

5. Ибупрофен

1 - В; 2 - Д; 3 - Г; 4 - Б; 5 - А

1 - Г; 2 - А; 3 - В; 4 - Б; 5 - Д

1 - А; 2 - Д; 3 - Г; 4 - Б; 5 - В

Положение, в наибольшей степени соответствующее показаниям к назначению НПВП при острой неспецифической боли в нижней части спины:

Симптоматическая терапия боли, связанной с поражением суставов

Препарат выбора для купирования острого приступа болезни

Патогенетическая терапия, замедляющая прогрессирование заболевания

Малоэффективное средство, использование которого не целесообразно

Положение, в наибольшей степени соответствующее показаниям к назначению НПВП при фибромиалгии:

Препарат выбора для купирования острого приступа болезни

Симптоматическая терапия боли, связанной с поражением суставов

Малоэффективное средство, использование которого не целесообразно

Патогенетическая терапия, замедляющая прогрессирование заболевания

Выберите соответствие между риском развития ЖКТ-осложнения и приема НПВП:

НПВП:

А. Индометацин

Б. Диклофенак

В. Ацеклофенак

Г. Напроксен

Д. Целекоксиб

Е. Нимесулид

Риск развития осложнений со стороны ЖКТ:

1. Низкий

2. Относительно низкий (переносимость лучше, чем у большинства н-НПВП)

3. Умеренно высокий

4. Наиболее высокий

1 - Д; 2 - В,Е; 3 - Б,Г; 4 - А

1 - А; 2 - В,Е; 3 - Б,Г; 4 - Д

1 - Д; 2 - Б,Е; 3 - В,Г; 4 - А

Выберите соответствие между клинической ситуацией и противопоказанием к назначению НПВП при ревматических заболеваниях.

НПВП:

А. Кеторолак

Б. Диклофенак

В. Эторикоксиб

Г. Нимесулид

Д. Декскетопрофен

Клиническая ситуация:

1. При наличии артериальной гипертензии (АД 160/100 мм рт.ст.)

2. При наличии хронического вирусного гепатита с умеренной активностью

3. При необходимости проведения длительного лечения НПВП (например, при АС)

1 - А; 2 - В,Г; 3 - Б,Д

1 - В; 2 - Б,Г; 3 - А,Д

1 - Б; 2 - А,Д; 3 - В,Г

Выберите соответствие между клинической ситуацией и тактикой назначения НПВП.

Тактика назначения НПВП:

А. Напроксен + ИПП

Б. н-НПВП (например, кетопрофен) + ИПП

В. Использование более «мягких» н-НПВП, например, ацеклофенака

Г. Возможно назначение любых НПВП, пригодных для длительного использования

Д. Целекоксиб + ИПП

Клиническая ситуация

1. Пациент с АС, 25 лет, факторы риска кардиоваскулярных и ЖКТ-осложнений отсутствуют

2. Пациент с тендинитом надостной мышцы, 73 года, ИБС, стенокардия напряжения, в анамнезе инфаркт миокарда

3. Пациентка с РА, 56 лет, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, в анамнезе язва желудка, ЖКТ-кровотечение

4. Пациент с ОА и ХРБС, 68 лет, СН (NYHA II), ГЭРБ

5. Пациентка с РА, 37 лет, диспепсия

Е. Избегать назначения любых системных форм НПВП

1 - Е; 2 - Г; 3 - А 4 - Д; 5 - Б,В

1 - Г; 2 - Е; 3 - Д; 4 - А; 5 - Б,В

1 - Б 2 - Е; 3 - Д; 4 - А; 5 - Г,В

Оцените риск реактивации латентной туберкулезной инфекции при назначении ингибиторов ФНО- α :

Высокий риск

Риск отсутствует

Незначительный риск

Только когда ингибиторы ФНО- α используются вместе с глюкокортикоидами

Только когда ингибиторы ФНО- α используются вместе с БПВП

Выберите соответствие между ревматическим заболеванием и наиболее безопасным ГИБП для повторного назначения после полного излечения активного туберкулеза.

ГИБП:

А. Устекинумаб

Б. Ритуксимаб

В. Абатацепт

Г. Тоцилизумаб

Д. Этанерцепт

Заболевание:

1. Ревматоидный артрит

2. Анкилозирующий спондилит

3. Псориатический артрит

1 - Б,В,Г,Д; 2 - Д; 3 - А,Д

1 - А,В,Г,Д; 2 - Д; 3 - Б,Д

1 - Б,В,Д; 2 - Г,Д; 3 - А,Д

Выберите соответствие между клинической ситуацией и тактикой назначения ГИБП:

Тактика лечения:

А. Любой ингибитор ФНО- α

Б. Любой ГИБП

В. Противотуберкулезная терапия длительностью не менее 12 недель. Через 4 недели от начала противотуберкулезной терапии назначение этанерцепта

Г. Противотуберкулезная терапия длительностью не менее 12 недель. Через 4 недели от начала противотуберкулезной терапии возможно назначение анти-ФНО- α

Д. Назначение ритуксимаба или тоцилизумаба или абатацепта

Клиническая ситуация

1. Пациент с РА, 36 лет, факторы риска реактивации латентного туберкулеза отсутствуют

2. Пациент с АС, 43 года, Проба Манту 9 мм, рентгенография грудной клетки без патологии, Диаскинтест-отрицательный

3. Пациентка с ПА, 46 лет, Диаскинтест 5 мм, на КТ легких: увеличение

внутригрудных лимфатических узлов

4. Пациентка с РА, 58 лет, в анамнезе ТБ легких, Диаскинтест 4 мм, на КТ легких: признаки перенесенного ТБ

5. Пациентка с АС, 37 лет, проба Диаскинтест 18 мм, КТ норма. Проживает в эндемичном регионе по ТБ

1 - Б; 2 - В; 3 - Г; 4 - Д; 5 - А

1 - Б; 2 - А; 3 - Г; 4 - Д; 5 - В

1 - А; 2 - Б; 3 - Д; 4 - Г; 5 - В

У больного РА. Проводилась терапия инфликсимабом в комбинации с метотрексатом с хорошим эффектом. Через 6 мес. при плановом обследовании впервые была выявлена положительная проба Манту. Тактика в данной ситуации:

Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB

Отменить метотрексат

Уменьшить дозу метотрексата

Начать прием другого БПВП

Провести повторную пробу Манту

У больной РА, вторичный амилоидоз. Проживает в эндемичном по ТБ регионе. В связи с выраженным обострением принято решение впервые начать лечение ГИБП. Проведено полное обследование на ТБ. Данных за активный ТБ и латентную инфекцию нет. В данной ситуации наиболее предпочтительно назначение:

Абатацепта

Ингибиторов ФНО-α

Тоцилизумаба

Ритуксимаба

Выберите ЛОЖНОЕ утверждение о роли игольчатой ЭМГ в диагностике воспалительных миопатий и ведении пациентов:

Подтверждает первично-мышечный уровень поражения

Выявляет изменения, характерные только для полимиозита и дерматомиозита

Степень выраженности спонтанной активности мышечных волокон коррелирует с активностью заболевания

При воспалительных миопатиях и наследственных миопатиях картина при иЭМГ может быть одинаковой

Позволяет исключить нейрональный и невритический процесс как причину мышечной слабости

Пациентка С. 64 лет. Осмотр: Лунообразное лицо, отеки под глазами, множественные экхимозы. Передвигается на коляске. Усилен грудной кифоз. Гипотрофия мышц плечевого и тазового пояса. Снижение силы в проксимальных мышцах плечевого пояса 8 баллов, в мышцах бедер 5 баллов, в дистальных мышцах ног – 7 баллов, из положения лежа сесть не может, прямую ногу от кровати оторвать не может.

КФК 26.

иЭМГ: снижение длительности ПДЕ -40% (норма +/- 12), длительность нескольких полифазных низкоамплитудных ПДЕ увеличена на 20% (норма +/- 12%), снижение средней максимальной амплитуды ПДЕ, полифазия 80%, спонтанная активность не выявляется. Установите диагноз:

Воспалительное заболевание мышц исключено

Полимиозит

Стероидная миопатия

Спорадический миозит с включениями

Поясно-конечностная мышечная дистрофия

Пациентка В. 28 лет. Осмотр: крыловидные лопатки, псевдогипертрофия голеней. Усилен поясничный лордоз. Незначительное снижение силы в проксимальных мышцах плечевого пояса - 9 баллов (из 10), в 4-х главных мышцах бедер - 9 баллов, в дистальных мышцах ног – 10 баллов, из полного приседа встает без помощи рук, однако из положения лежа сесть не может, прямую ногу от кровати оторвать не может.

КФК 6687. иЭМГ: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда незначительно повышена, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ, странных разрядов высокой частоты и миотонических разрядов.

Установите диагноз:

Поясно-конечностная мышечная дистрофия

Полимиозит

Спорадический миозит с включениями

Стероидная миопатия

Воспалительное заболевание мышц исключено

Пациентка А, 46 лет. При осмотре: слабость в дельтовидных и трехглавых мышцах рук – 7 баллов, в двуглавых мышцах рук – 8 б, в дистальных мышцах рук – 10 баллов, в проксимальных мышцах ног 7 баллов, в дистальных мышцах ног 9 баллов, Походка миопатическая, со стула встает с помощью рук, из положения лежа садится при помощи рук. КФК 1600. иЭМГ: снижение длительности ПДЕ -25%, снижение средней максимальной амплитуды ПДЕ, полифазия 30%, спонтанная активность в виде ПОВ и ПФ во всех вколах. Установите диагноз:

Спорадический миозит с включениями

Полимиозит

Стероидная миопатия

Воспалительное заболевание мышц исключено

Поясно-конечностная мышечная дистрофия

Установите соответствие между клиническими проявлениями системной склеродермии и препаратами, используемые для терапии этих состояний.

Лекарственный препарат

А. Илопрост

Б. Бозентан

В. Каптоприл

Г. Диклофенак

Д. Циклофосфан

Е Нифедипин

Клиническое проявление ССД

1. Синдром Рейно.

2. Интерстициальное поражение легких.

3. Дигитальные язвы и некрозы

4. Легочная гипертензия

5. Поражение почек

1-А, 2-Д, 3-Е, 4-Б, 5-В

1-Г, 2-Е, 3-А, 4-Б, 5-В

1-Е, 2-Д, 3-А, 4-Б, 5-В

Соотнесите органную патологию при системной склеродермии с основными методами ее выявления.

Метод выявления

А. Эзофагогастродуоденоскопия

Б. Катетеризация правых отделов сердца

В. Эхокардиография

Г. Компьютерная томография грудной клетки

Д. Рентгенография с контрастированием и хронометрия

Е. Суточное мониторирование ЭКГ

Органная патология

1. Гипотония пищевода

2. Интерстициальное поражение легких

3. Легочная артериальная гипертензия

4. Аритмии

5. Перикардит

1-Е, 2-Г, 3-А, 4-Б, 5-В

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Б, 5-В

1-Д, 2-Г, 3-Б, 4-Б, 5-В

Выберите соответствие между лекарственным препаратом для лечения легочной артериальной гипертензии и фармакологической группой

Фармакологическая группа

А. Антагонисты эндотелиновых рецепторов

Б. Простаноиды

В. Ингибиторы фосфодиэстеразы

Лекарственный препарат

1. бозентан

2. силденафил

3. илопрост

4. нифедипин

1 – Б, 2 – В, 3 - А

1 – А, 2 – Б, 3 - В

1 – А, 2 – В, 3 - Б

Установите соответствие между вариантами панникулитов и лабораторными показателями:

Лабораторные показатели

А. повышен титр АСЛ-О

Б. резко увеличены показатели СРБ, повышен титр ЛДГ

В. показатели без признаков воспаления

Г. умеренно повышен СРБ

Вариант панникулита

1. Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена

2. Липодерматосклероз

3. Узловатая эритема

4. Синдром Лефгрена

5. Панникулитоподобная Т-клеточная лимфома

1-Б, 2-Г, 3-А, 4-Д, 5-В

1-В, 2-Г, 3-А, 4-Б, 5-Б

1-А, 2-Г, 3-Г, 4-Д, 5-В

Установите соответствие между вариантами панникулитов и наиболее частой локализацией узлов:

Локализация

А. на лице

Б. на голенях

В. на верхних/нижних конечностях и туловище

Г. медиальная поверхность голеней

Д. Нижние конечности, реже на верхних конечностях

Вариант

1. Узловатая эритема

2. Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена

3. Липодерматосклероз

4. Синдром Лефгрена

5. Панникулитоподобная Т-клеточная эритема

1-А, 2-В, 3-Г, 4-Д, 5-Б

1-Б, 2-В, 3-Г, 4-Д, 5-А

1-Б, 2-Г, 3-В, 4-Д, 5-А

Установите соответствие между узловой эритемой в рамках различной патологии и терапией:

Препарат выбора

А. Глюкокортикоиды

Б. Антибактериальные препараты

В. НПВП

Г. Антикоагулянты

Заболевание

1. Саркоидоз I-II ст

2. Беременность (I триместр)

3. Системная красная волчанка

4.Тонзиллит

1-А, 2-А, 3-А, 4-Б

1-А, 2-Г, 3-А, 4-Б

1-В, 2-А, 3-А, 4-Б

Выберите верные утверждения для каждого из препаратов, используемых для лечения подагры:

А. Дозу подбирают путем титрования

Б. Отменяется после стихания обострения

В. Не назначается при обострении инфекционных заболеваний

Г. Назначается для купирования острого артрита

Д. Впервые не назначается при остром приступе подагры

Е. Снижает сывороточный уровень мочевой кислоты

Ж. Активирует Т-хелперы (CD4+)

Препарат:

1.Аллопуринол

2.НПВП

3.Канакинумаб

4.Лозартан

1-А, Д, Е; 2- Б, Г; 3-В, Г; 4 - Е

1-А, Д, Е; 2- Д, Г; 3-В, Е; 4 - Г

1-А, Б, Е; 2- Д, Г; 3-В, Г; 4 - Е

Выберите из списка одну, наиболее частую из перечисленных локализацию артрита для каждого заболевания:

А. Суставы позвоночника

Б. Плечевой сустав

В. Лучезапястный сустав

Г. Тазобедренные суставы

Д. Суставы предплюсны

1. Подагра

2. Пирофосфатная артропатия

3. Гидроксиапатитная артропатия

1-Е; 2-А, 3-Б

1-Д; 2-Е, 3-Б

1-А; 2-В, 3-Б

Установите соответствие между механизмом развития гиперурикемии и патологическими состояниями:

А. Потребление продуктов, богатых пуринами

Б. Дефицит гипоксантин-гуанин фосфорибозилтрансферазы (б-нь Леша-Нихена)

В. Отравление свинцом

Г. Хроническая болезнь почек

Д. Лактацидоз

Е. Прием мочегонных препаратов

1. Повышенное образование уратов

2. Снижение экскреции уратов

1-В, Г, Д, Е; 2- А, Б

1-А, Б; 2- В, Г, Д, Е

Для дерматомиозита характерно:

Фотосенсибилизация и

Частое сочетание заболевания со злокачественными опухолями и

Сыпь может сопровождаться зудом и

У четверти больных может быть нормальный уровень КФК и

Может ассоциироваться с наличием интерстициального поражения легких

Для полимиозита НЕ ХАРАКТЕРНО:

Возможная ассоциация с наличием злокачественного новообразования

Возможно наличие интерстициального поражения легких

Высокий уровень КФК

При проведении МРТ мышц бедер и голеней в режиме T1 выявляется ранняя атрофия и замещение жировой тканью 4-х главных мышц бедер и медиальной головки икроножной мышцы

При проведении МРТ мышц бедер и голеней в режиме T1 выявляется ранняя атрофия и замещение жировой тканью 4-х главных мышц бедер и медиальной головки икроножной мышцы

Установите соответствие между представителями различных групп НПВП и фармакологическими особенностями.

А. Мелоксикам

Б. Пироксикам

В. Целекоксиб

Г. Амтолметин Гуацил

Д. Кеторолак

1. Относится к селективным ЦОГ-2 ингибиторам (коксибам)

2. Обладает длительным периодом выведения

3. Обладает гастропротективным потенциалом за счет повышения концентрации NO в слизистой ЖКТ

4. Имеет форму для в/в введения

1-В; 2-А,Б; 3-Г; 4-Д

1-Д; 2-А,Б; 3-Г; 4-В

1-Г; 2-А,Б; 3-В; 4-Д

Оцените выраженность риска ЖКТ-осложнений при использовании НПВП:

А. Прием ГК

Б. Отсутствие каких-либо факторов риска

В. Язвенный анамнез

Г. Прием клопидагрела

Д. Диспепсия

Риск:

1. Низкий

2. Умеренный

3. Высокий

1 Б; 2 А,Д; 3 В,Г

1 А; 2 Б,Д; 3 В,Г

1 В; 2 Г,Д; 3 А,Б

Определите, к каким группам относятся следующие представители ГИБП:

Лекарственный препарат

А. Инфликсимаб

Б. Адалimumаб

В. Ритуксимаб

Г. Абатацепт

Д. Тоцилизумаб

Группа

1. Ингибитор ФНО-а

2. Блокатор ко-стимуляции Т-лимфоцитов

3. Блокатор ИЛ-6

4. Анти-В-клеточная терапия

1-Б,В; 2-Г; 3-Д; 4-А

1-А,Б; 2-Г; 3-Д; 4-В

1-А,Б; 2-Д; 3-Г; 4-В

Оцените выраженность риска развития туберкулеза при назначении ГИБП:

ГИБП

А. Ритуксимаб

Б. Тоцилизумаб

В. Ингибиторы ФНО-а

Риск развития туберкулеза

1. Низкий

2. Высокий

1-Б,В; 2-А,Г

1-А,Б; 2-Г,В

1-А,Б,В; 2-Г

Определите соответствие между выбором базисной терапии и необходимым объемом исследований.

Объем исследований

А. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях

Б. Общий анализ крови и мочи

В. Проба Манту или Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB

Г. Биохимический анализ крови

Тактика лечения

1. Что необходимо выполнить при назначении БПВП

2. Что необходимо выполнить при назначении ГИБП

1-А,Б,В,Г; 2-А,Б,В,Г

1-А,Б,Г; 2-А,Б,В,Г

1-А,Б,Г; 2-А,Б,Г

Установите соответствие между ревматическим заболеванием и влиянием на него беременности.

Влияние беременности

А. Отсутствует

Б. Обострение основного заболевания

В. Ремиссия основного заболевания

Ревматическое заболевание

1. Ревматоидный артрит

2. Системная красная волчанка

3. Анкилозирующий спондилит

1-А; 2-Б, 3-В

1-Б; 2-В, 3-А

1-В; 2-Б, 3-А

Установите соответствие между лабораторным показателем и его клиническим значением у беременной с РА.

Клиническое значение во время беременности

А. Определяет вариант РА, не отражает активность болезни; повторные исследования в период беременности проводить не целесообразно

Б. Важный диагностический маркер раннего РА, прогнозирует тяжелое эрозивное поражение суставов, не отражают активность болезни; повторные исследования в период беременности проводить не целесообразно

В. При нормально протекающей беременности нарастает, поэтому не может достоверно отразить активность и возможное обострение РА у беременной

Г. При нормально протекающей беременности не меняется, следует применять для контроля активности РА в период гестации

Д. Не имеет отношения к диагностике и контролю активности РА

Лабораторный показатель

1. СОЭ

2. РФ.

3. СРБ

4. АЦЦП

5. АСЛО

1-В, 2-А, 3-Г, 4-Б, 5-Д

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д

1-Д, 2-А, 3-Г, 4-Б, 5-В

Выберите нестероидный противовоспалительный препарат, не влияющий на функцию тромбоцитов и не увеличивающий риск послеоперационных кровотечений

целекоксиб

нимесулид

мелоксикам

диклофенак

Какие лекарственные препараты можно не отменять при проведении разных типов оперативного лечения у больных ревматическими заболеваниями:

А Метотрексат

Б Лефлуномид

В Сульфасалазин

Г Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Д Ингибиторы рецепторов интерлейкина-6

1.Эндопротезирование суставов

2.Артроскопия

3 Корректирующие операции на стопах

4.Экстренные полостные операции

5.Плановые полостные операции

1-А,Б,В,Г,Д; 2-В,Г; 3-А,Б,В,Г,Д; 4-Г; 5-Г

1-А,Б,В,Г,Д; 2-Г; 3-А,Б,В,Г,Д; 4-В,Г; 5-Г

1-А,Б,В,Г,Д; 2-Г; 3-А,Б,В,Д; 4-Г; 5-Г

Установите соответствие между рентгенологическими изменениями в области позвонков и заболеванием, для которого они характерны

Рентгенологические изменения в области позвонков

А. Образование синдесмофитов

Б. Двояковогнутая деформация позвонка

В. Компрессионная деформация позвонка

Г. Клиновидная деформация позвонка

Д. Спондилофиты (остеофиты)

Заболевание

1. Остеопороз

2. Анкилозирующий спондилит

3. Артроз межпозвонковых сочленений (спондилез)

4. Сколиоз позвоночника

1-В,Г; 2-А; 3-Д; 4-Г

1-Б,В,Г; 2-А; 3-А; 4-Г

1-Б,В,Г; 2-А; 3-Д; 4-Г

Установите соответствие фармакологических и нефармакологических методов, используемых для профилактики и лечения остеопороза:

А. Образование и самообразование

Б. ЛФК, ходьба, плавание

В. Прием продуктов с повышенным содержанием кальция и витамина Д

Г. При недостаточном потреблении кальция и витамина Д, прием препаратов, в состав которых входят кальций и витамин Д

Д. Прием бисфосфонатов

Е. Прием деносумаба

Ж. Прием альфакальцидола

1. Профилактика остеопороз

2. Лечение остеопороза

1-А,Б,В,Г,Д,Ж; 2-А,Б,В,Г,Д,Е,Ж

1-А,Б,В,Г,Д,Ж; 2-Д,Е,Ж

Понятие «глобальное бремя болезней» включает:

Инвалидность, летальность, заболеваемость

Заболеваемость, рождаемость, смертность

Смертность, ожидаемую продолжительность жизни, рождаемость

Преждевременную смертность, заболеваемость, инвалидность

Преждевременную смертность, рождаемость, инвалидность

Показатель DALY(Disability-adjusted life year) это:

Потеря 1 года здоровой жизни

Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Приобретенные годы качественной жизни

Средняя продолжительность предстоящей жизни

Качество медицинской помощи - это

Степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов

Характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели

Эффективность медицинской помощи -это:

Степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов

Характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели

Клинико- статистическая группа заболеваний (КСГ) - это:

Группа клинико-статистических групп и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи

Группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов)

Группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)

Группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов

Клинико-профильная группа (КПГ) - это:

Группа клинико-статистических групп и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи

Группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов)

Группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов

Группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской

помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)

Клинико-затратная группа (КЗГ)- это:

Группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов

Группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов)

Группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)

Группа клинико-статистических групп и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи

Какой из ингибиторов ФНО α меньше всего передается через плаценту плоду?

Инфликсимаб

Цертолизумаб пэгол

Адалимумаб

Голимумаб

Этанерцепт

Какое из следующих утверждений о применении ингибиторов ФНО α при беременности является ЛОЖНЫМ?

Не вызывают преждевременные роды

На поздних сроках беременности концентрация ингибиторов ФНО α в плодной сыворотке аналогична или выше материнской

Активно передаются эмбриону/плоду с ранних сроков беременности

Не учащают выкидыши, врожденные пороки у детей

Сохраняются в организме новорожденного дольше, чем в организме матери

Выберите соответствие между приемом лекарственных препаратов в раннем послеоперационном периоде после эндопротезирования суставов и возможными осложнениями:

Лекарственный препарат

А. Метотрексат

Б. Аспириносодержащие препараты

В. Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Г. Анти-В-клеточная терапия

Д. Ингибитор рецепторов интерлейкина-6

Осложнение

1.Инфекции

2.Венозные тромбозы

3.Кровотечения

4.Медленное заживление послеоперационной раны

5. Летальный исход

6. Нет осложнений

1 - Д; 2 - Г; 3 - Б; 4 - В; 6 - А; 5 - В,

1 - В, Д; 2 - Г; 3 - Б; 4 - В; 6 - А

1 - Д; 2 - Г; 3 - Б; 4 - В; 6 - А

Выберите соответствие между типом оперативного лечения у больных ревматическими заболеваниями и лекарственным препаратом, не требующим отмены в периоперационном периоде.

Препарат

А Метотрексат

Б Лефлуномид

В Сульфасалазин

Г Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Д Ингибиторы рецепторов интерлейкина-6

Вид оперативного лечения

1.Эндопротезирование суставов

2.Артроскопия

3 Корректирующие операции на стопах

4.Экстренные полостные операции

5.Плановые полостные операции

1 - А, В; 2 - А, В; 3 - А, Б; 4 - А, Г, Д

1 - А; 2 - А, В; 3 - А, В; 4 - А, Б, Г, Д

1 - А, В; 2 - А, В; 3 - А, Б, В; 4 - А, Б, Г, Д

Диагноз остеопороза у женщин в постменопаузе НЕВОЗМОЖНО УСТАНОВИТЬ на основании:

Возникновения хотя бы одного компрессионного перелома позвонка на рентгенограмме позвоночника

Клинической картины заболевания и переломов в анамнезе при минимальной травме

Уменьшения показателя Т-критерия на $-2,5$ и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Длительного системного приема глюкокортикоидов и снижения показателя Т-критерия на $-1,5$ и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Перенесенного при минимальной травме или спонтанно возникшего перелома (кроме переломов пальцев или костей черепа) в возрасте 40 лет и старше

Ремоделирования костной ткани - это:

Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением остеопороза

Физиологическим процессом, обеспечивающим минерализацию костной ткани

Физиологическим процессом, направленным на поддержание прочности костной ткани

Физиологический процесс, направленный на поддержание прочности костной ткани и обеспечение ее минерализации

Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением переломов

Определение концентрации маркеров резорбции и формирования костной ткани в сыворотке крови в клинической практике максимально полезно для:

В клинических исследованиях для контроля антиостеопоротической терапии в динамике

Установления диагноза остеопороза

Оценки неэффективности антиостеопоротической терапии и выбора дальнейшей тактики лечения

Проведения дифференциально-диагностических мероприятий

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Какой из лучевых методов лучевой диагностики рекомендуется в возрасте 50 лет и старше для диагностики остеопороза:

Рентген грудного отдела позвоночника в боковой проекции

Рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Рентген поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

Рентген грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

Рентгеновская денситометрия дистальной трети костей предплечья

Показания для определения FRAX (оценка абсолютного 10-летнего риска

переломов):

Предназначена для скрининга остеопороза

Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для установления диагноза остеопороза

Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для своевременного назначения антиостеопоротического лечения

Проводится мужчинам и женщинам в любом возрасте для своевременного назначения средств профилактики и лечения остеопороза

Предназначена для скрининга переломов

Механизм действия азотсодержащих бисфосфонатов:

Прямое действие на остеокласты, приводящее к нарушению образования, метаболизма и функциональной активности

Прямое действие на остеокласты, приводящее к апоптозу

Физико-химическое связывание с гидроксиапатитом на резорбтивной поверхности

Все выше перечисленное верно

Подавление костной резорбции

Дайте «определение» основным антиостеопоротическим препаратам - установите соответствие.

Характеристика:

А. Заместительная гормональная терапия

Б. Препараты первой линии лечения остеопороза

В. Препараты второй линии, для лечения болевого синдрома

Г. Ингибитор RANKL

Д. Костноанаболическая терапия остеопороза

Лекарственные средства:

1. Бисфосфонаты

2. Эстрогены или тестостерон

3. Кальцитонин

4. Терипаратид

5. Деносумаб

1-Б, 2-А, 3-В, 4-Д, 5-Г

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Д, 5-Г

1-Б, 2-В, 3-А, 4-Д, 5-Г

Выберите соответствующие показания для лабораторного обследования

пациентов с СКВ.

Обследование:

А – клинический анализ крови и мочи

Б – анти-Ro-антитела

В – уровень антител к двуспиральной ДНК

Г – антифосфолипидные антитела

Д – С-реактивный белок

Показания для проведения:

1. при каждом визите

2. планирование беременности

3. обострение СКВ

4. лихорадка неясного генеза

1 – А, 2 - Б, В, Г 3 – В, Г 4 – Д

1 – А, 2 - А, Б, В, Г 3 – А, В, Г 4 – А, Д

1 – А, 2 - А, В, Г 3 – А, Г 4 – А, Д